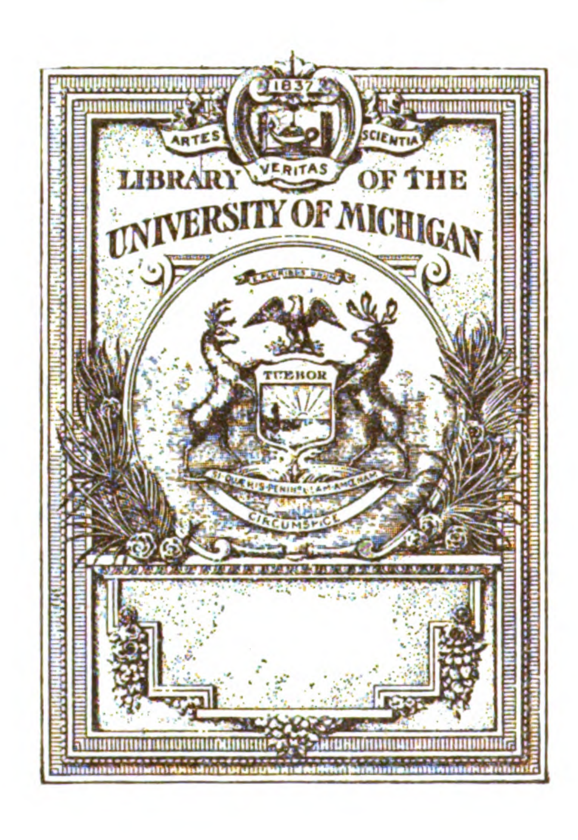




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE





OTTO HARRASSOWITZ
BUCHHANDLUNG
LEIPZIG

Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Herausgegeben von

Priv.-Doz. Dr. von Baeyer-München, **Priv.-Doz. Dr. Baisch**-Heidelberg, **Prof. Biesalski**-Berlin, **Prof. Cramer**-Köln, **Prof. Gocht**-Halle a. S., **Prof. Hoeftmann**-Königsberg i. Pr., **Prof. Kölliker**-Leipzig, **Prof. Lange**-München, **Prof. Ludloff**-Frankfurt, **Prof. Riedinger**-Würzburg, **Prof. Ritschl**-Freiburg i. B., **Priv.-Doz. Dr. Wollenberg**-Berlin

sowie von

Prof. Dr. Martinez Angel-Madrid, **Prof. Dr. v. Bayer**-Prag, **Priv.-Doz. Dr. Chrysospathes**-Athen, **Prof. Dr. Dollinger**-Budapest, **Prof. Dr. Galeazzi**-Mailand, **Professor Dr. Haglund**-Stockholm, **Prof. Dr. Hevesi**-Klausenburg, **Priv.-Doz. Dr. Hübscher**-Basel, **Prof. Jonnesco**-Bukarest, **Prof. Dr. Lorenz**-Wien, **Dr. R. W. Lovett**-Boston, **Prof. Dr. Panum**-Kopenhagen, **Prof. Dr. Putti**-Bologna, **Prof. Dr. Rydygier**-Lemberg, **Prof. Dr. Schulthess**-Zürich, **Oberarzt Dr. Sinding-Larsen**-Fredriksvaern, **Prof. Dr. Spitzy**-Wien, **Priv.-Doz. Dr. Tilanus**-Amsterdam.

Redigiert von

Pr. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.



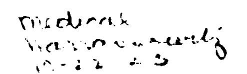
Band VIII

Mit zahlreichen Abbildungen im Text und 5 Tafeln.



BERLIN 1914.
VERLAG VON S. KARGER.
KARLSTRASSE 15.





Verzeichnis der Original-Arbeiten.

Seite

Bähr, Ferd., Eine typische Erkrankung des Ligamentum patellae (Hierzu Taf. IV.) 361

Biesalski, K., Technische Neuerungen 54

Duncker, F., Die aktiven Korrektionserscheinungen des Plattfusses, nebst drei weiteren Fällen von Pes adductus congenitus. (Hierzu Taf. II—III.) 329

Friedrich, W., Ueber Knochenplastik bei Pseudarthrose . . 281

— Ein Fall von einseitigem angeborenem Pektoralisdefekt . . 169

Klar, Max M., Ueber einen Fall von vollständiger knöcherner Ankylosierung des rechten Handgelenks nach rheumatischer Arthritis: (Hierzu Taf. V.) 362

Lehmann, Ad., Beitrag zum Kapitel »Hysterische Kontrakturen« 131

Loeffler, Fr., Günstige Resultate durch die Anwendung des Jodoformparaffins bei der Behandlung von granulierenden Wunden und Senkungsabszessen 212

Mayer, E., Eine Zange zur Redression von Klumpfüssen . . 283

Mollenhauer, P., Zur Kenntnis des »traumatischen Oedems« 97

Port, K., Neues zur Zelluloidtechnik 4

Ritschl, A., Der Hackenfussschuh 209

Rudow, A., Ein neuer Weg zur Behandlung beweglicher oder beweglich gemachter Skoliosen 1

Schlesies, Erhöhung der Erwerbsfähigkeit Verstümmelter durch Prothesen 363

Soutter, R., Eine Operation bei Hüftkontrakturen nach Poliomyelitis 134

Vulpius, O., Georg Joachimsthal † 129

Waas, Fr., Ein Fall von kongenitalem Genu valgum bei kongenitaler Luxation der Patella nach aussen und angeborener Hüftluxation des rechten Armes. (Hierzu Taf. I.) . . . 49

Berichte.

10. Kongress der deutschen Röntgengesellschaft vom 19. bis 21. April 1914 in Berlin. Von Prof. Dr. R. Grashey . . 278



Seite

43. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 15.—18. April 1914. Von Dr. Mosenthal 230

XIII. Kongress der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 13.—14. April 1914. Von Privat-Doz. Dr. G. A. Wollenberg 234

Festsitzungen des Niederländischen orthopädischen Vereins zur 3. Lustrumfeier des Vereins. Amsterdam, 24.—25. Mai 1913. Von Dr. C. B. Tilanus 319

Dritter Kongress für Krüppelfürsorge in Heidelberg. 2.—4. Juni 1914 357

VIII. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Florenz, 14. Dezember 1913. Von Prof. Dr. Speciale-Cirincione in Rom 412

Band VIII. Januar 1914. Heft 1.

Ein neuer Weg zur Behandlung beweglicher oder beweglich gemachter Skoliosen.

Von Dr. A. RUDOW,
Frankfurt a. M.

(Hierzu 3 Abbildungen im Text.)

Trotz der in neuerer Zeit eingetretenen Klärung über die Aetiologie und Pathologie der Skoliose gehen die Ansichten über die Therapie noch weit auseinander. Bei dieser müssen wir die Beschaffenheit der erkrankten Wirbelsäule berücksichtigen, und es empfiehlt sich, die alte Einteilung der Skoliosen in solche ersten, zweiten und dritten Grades beizubehalten.

Schalten wir die Therapie der Skoliosen dritten Grades, die überhaupt kaum noch entstehen dürften, aus, so ist es schon leichter, bei der Verschiedenheit der therapeutischen Massregeln Klarheit in die verschlungenen Wege der Behandlung noch ganz oder teilweise beweglicher Skoliosen hineinzubringen.

In einem Punkte sind wohl alle Orthopäden einig, dass die Behandlung dieser Skoliosen eine funktionelle sein muss. Ganz verschieden aber sind die hierzu angewandten Mittel.

Der einfachste Weg scheint auf den ersten Blick die Klappsche Kriechmethode zu sein, weil sie durch den Fortfall jedes Apparates besticht. Doch einfach ist diese Methode keineswegs, da sie eine genaue Kenntnis der Mechanik der Skoliose voraussetzt und jeder Patient einer genauen Ueberwachung bedarf. Dann löst sie auch das wichtigste Problem der aktiv behandelten Skoliose nicht: die genaue Lokalisation des Abknickungspunktes direkt auf dem Scheitel der Abkrümmung.

Ein zweiter Weg, und das ist der am weitesten verbreitete, ist die funktionelle Behandlung mit Hilfe von stationären Apparaten, deren Grundtypen diejenigen von Zander und Schulthess bilden.

Durch diese maschinelle Mitwirkung, namentlich der Apparate von Schulthess, ist es möglich, die Forderung, welche auch die modifizierte Klappsche Methode schuldig bleibt, nämlich die genaue Festlegung des Abknickungspunktes, zu erfüllen.

Doch haftet dieser schon recht vollkommenen und dem Ziele am nächsten kommenden Methode der Nachteil an, dass sie an Institute und teure stationäre Apparate gebunden ist.

Diese verschiedenen guten Methoden der funktionellen Skoliosenbehandlung mit und ohne Apparate haben aber einen Fehler ge-

meinsam. Sie sind nur eine relativ kurze Zeit am Tage anwendbar, und in der übrigen Zeit ist die skoliotische Wirbelsäule sich selber und den auf sie schädigend einwirkenden Einflüssen überlassen.

Diesem Mangel hat man durch verschiedenartige Stützapparate abzuhelfen versucht, die, wenn sie auch in manchen Konstruktionen eine permanente Korrektur der verkrümmten Wirbelsäule erlauben,

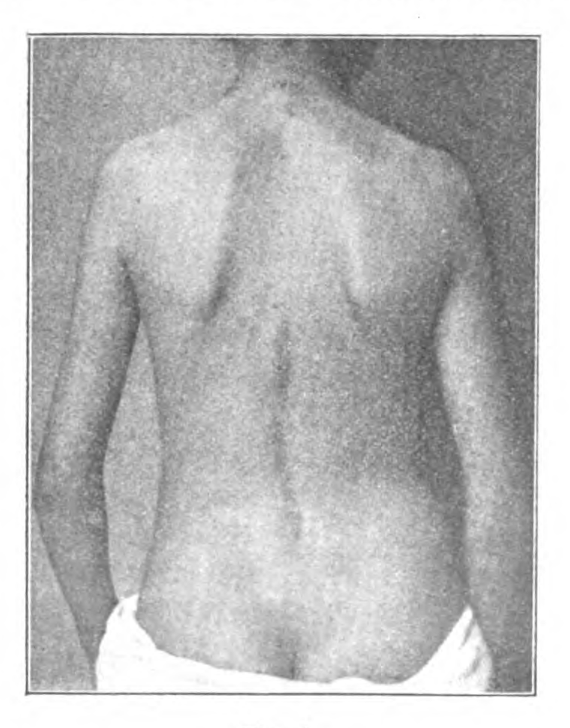


Fig. 1.

doch durch ihre Entlastung und Ruhigstellung, sowie der dadurch bedingten Muskelatrophie den Bestrebungen der funktionellen Therapie gerade entgegenarbeiten.

Könnte man einen tragbaren Apparat konstruieren, welcher korrigiert, und in dieser Korrekturstellung beliebig häufig am Tage Funktion im entgegengesetzten Sinne der Krümmung mit genau lokalisierter Abknickung gestattet, ferner Entlastung bedingt und keine atrophisierende Wirkung ausübt, so dürfte man wohl eine allgemein befriedigende Lösung der Behandlung beweglicher oder beweglich gemachter Skoliosen gefunden haben.

Schon lange hat mich diese Frage, obwohl sie von Schulthess als technische Unmöglichkeit bezeichnet wird, beschäftigt, und ich glaube ihrer Lösung wenigstens für gewisse Skoliosenformen etwas näher getreten zu sein.

Nach vielen Versuchen habe ich folgenden Apparat konstruiert, der sich auf schon bewährte Muster aufbaut.



Er besteht aus einem Beckenteil mit Hüftbügeln, Schulterstützen und einer sie verbindenden Rückenstange. Dass man durch geeignete Vorrichtungen an einem solchen portativen Apparate gute Korrekturwirkung sowohl im Sinne der seitlichen Deviation wie der Torsion ausüben kann, hat uns Möhring gezeigt.

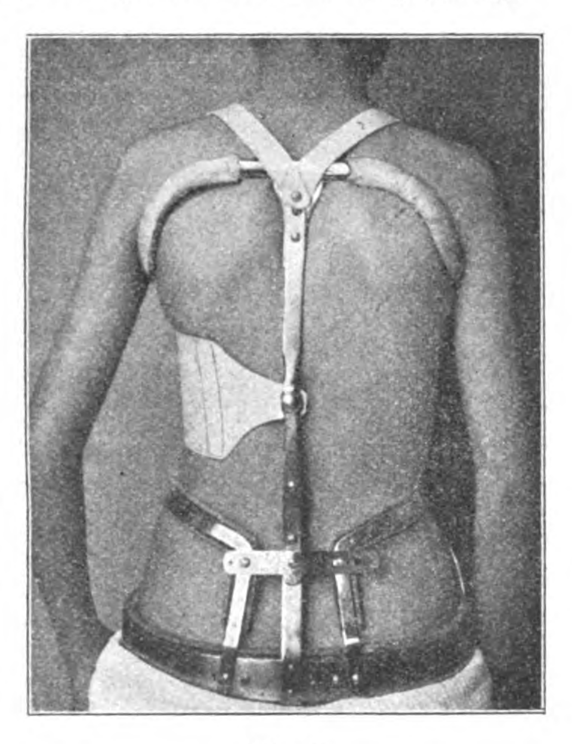


Fig. 2.

Meine Konstruktionsänderung besteht nun darin, dass die Rückenstange nicht starr, sondern durch ein Gelenk unterbrochen ist, welches durch eine Hemmung nur in einem der Krümmung entgegengesetzten Winkel ausschlagen kann.

Um den Abknickungspunkt am Scheitel der Krümmung genau bestimmen zu können, ist das Gelenk in der Höhe verstellbar. Die Armstütze ist ebenfalls lotrecht beweglich, so dass keine Entlastung der Wirbelsäule eintreten kann. Da auf die Muskeln kein zirkulärer Druck ausgeübt wird, fällt auch die schädigende Wirkung von Korsetts oder korsettähnlichen Redressierungsvorrichtungen fort. Wenn man zwei Krümmungen zu behandeln hat, so können zwei Gelenke mit entgegengesetzten Ausschlagswinkeln eingefügt werden. Auch die Langesche Forderung, einen Gegendruck am Halse auszuüben, ist leicht zu erfüllen.

Vorausgesetzt, dass der Apparat die an ihn gestellten Forderungen nur einigermassen erfüllt, wäre damit auch die Klappsche

Kriechmethode bezüglich der Lokalisierung der Abkrümmung erleichtert.

Grössere Schwierigkeiten hat die Fixierungsfrage, die namentlich bei zwei Krümmungen hervortritt, gemacht. Da augenblicklich darüber noch praktische Proben ausgeführt werden, muss ich mich

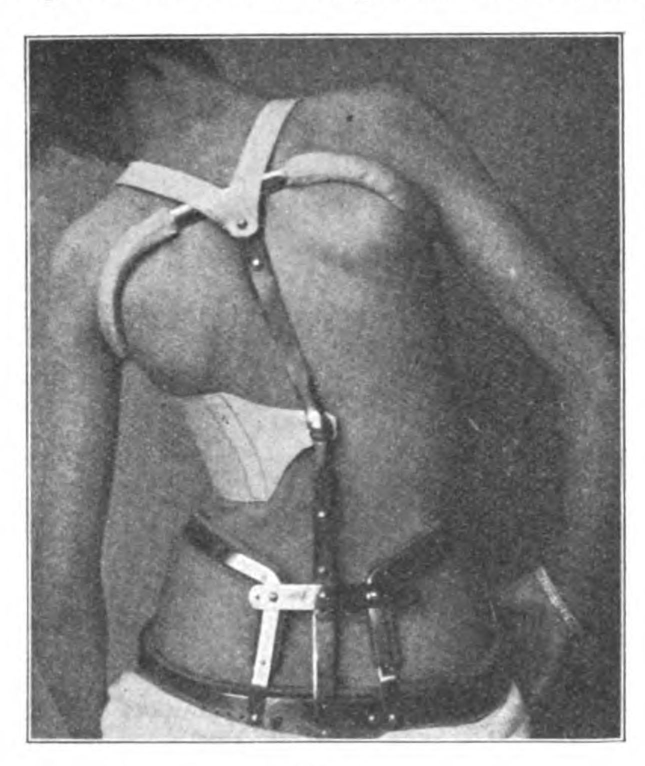


Fig. 3.

heute damit begnügen, nur auf die Möglichkeit hinzuweisen. Ueber die weiteren Fortschritte werde ich an der Hand ausgiebiger praktischer Versuche weiter berichten.

Neues zur Zelluloidtechnik.

Von Dr. K. PORT,
Nürnberg.

Die bisherige Zelluloidtechnik bestand darin, dass das Modell mit Gazebinden (oder anderen Stoffen) umwickelt wurde, deren einzelne Schichten mit Zelluloidazetonbrei eingerieben wurden. Diese Technik eignet sich besonders für Hülsenverbände.

Für manche Zwecke ist es wünschenswert, die Zelluloidplatten selbst verwenden zu können. Das Verfahren, solche Platten in heissem Wasser zu erweichen und dann in Formen zu pressen,

eignet sich nicht für unsere ärztlichen Zwecke, weil die Anfertigung der Holzformen zu teuer ist.

Ich habe nun versucht, die Platten in Azeton zu legen. Nach genügend langem Verweilen in Azeton erweichen sie vollständig, ohne doch ihre Form zu verlieren. So erweicht auf das Gipsmodell gelegt, passen sie sich mit grösster Leichtigkeit allen Konturen desselben an. Ist das Modell mit Stoff oder Leder überzogen, so haften sie auf dieser Unterlage ausserordentlich fest, so dass sie nach dem Trocknen auf keine Weise mehr davon entfernt werden können. Man kann die Platten in mehreren Schichten übereinander legen, auch zwischen sie weitmaschigen Stoff, Drahtgeflecht, Eisen- oder Stahlbänder einfügen zur Verstärkung. (Zelluloid allein, auch in dicker Schicht, neigt zum Einbrechen.)

Die genaue Technik ist folgende:

Man schützt seine Hände durch Anziehen von Gummihandschuhen. Diese lassen sich wieder reinigen, indem man sie mit einem Stückchen Mull, das in Azeton getaucht ist, abreibt. Auch das bereits angetrocknete Zelluloid lässt sich davon entfernen durch vorsichtiges Abziehen.

Aus der Zelluloidplatte schneidet man sich ein passendes Stück aus, wobei man berücksichtigen muss, dass es beim Quellen um etwa ein Drittel grösser wird. Platten von 0,5 mm Dicke eignen sich am besten, dünnere zerfliessen leicht ganz, dickere brauchen unverhältnismässig viel länger zum Quellen. Die Platte von 0,5 mm lässt man drei Minuten im Azeton liegen, dann bekommt sie ziemlich plötzlich Runzeln und dehnt sich rasch aus. Sobald die Falten gleichmässig über die Platte verteilt sind, wird sie herausgenommen und ist nun völlig schlaff und weich.

Während das Stückchen in der Schale liegt, muss man es mit einem Spatel öfters vom Boden des Gefässes abheben, damit es dort nicht festklebt und dann beim Herausheben zerreisst.

Ist das Zelluloidstück über das Modell gelegt, so wird es durch Streichen mit den Händen demselben genau angepasst. Die Hände müssen dabei immer wieder in das Azeton getaucht werden, sonst klebt das Zelluloid am Handschuh fest und zerreisst.

Bei dickeren Platten dauert das Quellen sehr viel länger, Platten von 2 mm Durchmesser runzeln sich erst nach 35 Minuten. Sie sind aber dann ebenso brauchbar wie die dünnen.

Diese Art der Verwendung der Zelluloidplatten ist mannigfach brauchbar und hat sich mir sehr bewährt: z. B. in Streifenform zur



Verstärkung gewöhnlicher Zelluloidverbände oder in Hülsenform als Fingerschienen.

Ich habe einmal einem Berufsmusiker mit schmerzhafter Gelenkentzündung am V. Finger das Klavierspielen wieder ermöglicht durch Anfertigen einer ganz dünnen Zelluloidhülse über den Finger, auf welche eine kleine Gummiplatte zur Dämpfung des Anschlags aufgeklebt war.

Ferner bewährt es sich bei der Anfertigung von Plattfusseinlagen und ganz besonders bei Herstellung von leichten Korsetten.

Man lässt sich über das Gipsmodell ein genau passendes Stoffkorsett anfertigen; dasselbe wird fest auf das Modell geschnürt. Dann werden die Zelluloidstreifen aufgelegt zu beiden Seiten und an den Hüften, ähnlich wie beim Hessingschen Hüftkugelkorsett die Stahlteile. Ebenso wird durch Längsstreifen Brust- und Rückenteil versteift. Zwischen die einzelnen Lagen kommen Stoff- und Stahlverstärkungen. Diese Korsetten werden gern getragen und sind sehr dauerhaft.

Die neue Zelluloidtechnik ist billig, sie verbraucht nur wenig von dem teueren Azeton.

---

3) **Otto Fischer** (Leipzig). Medizinische Physik. (Mit 334 Abbildungen im Text. Verlag S. Hirzel-Leipzig 1913. Preis 36 Mk.)

Das über 1100 Seiten umfassende Werk will diejenigen Lehren der Physik darstellen, welche ausser dem Kreis des gewöhnlichen Elementarunterrichts liegen und die dennoch dem Mediziner unentbehrlich sind. Der Verfasser bemüht sich, die schwere Materie so darzustellen, dass auch der mathematisch nicht geschulte Verstand sie zu erfassen vermag.

Ganz ohne höhere Mathematik kommen Verfasser und Leser freilich doch nicht durch.

Mechanik und speziell Kinetik (Muskelmechanik), Akustik und Optik bilden die Hauptabschnitte. In wie weit der Durchschnitts-Mediziner den streng wissenschaftlichen Erörterungen zu folgen vermag, kann Ref. nicht beurteilen, der leider zugeben muss, dass er als Mathematiker weit unter dem hier geforderten Durchschnittswissen steht. Vulpius-Heidelberg.

4) **Magnus Georg.** Wundbehandlung mit Zucker. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913.)

An der Marburger chir. Klinik wurden Versuche der Wiederaufnahme der schon im 17. und 18. Jahrhundert und später von Billroth u. a. ausgeübten Wundbehandlung mit Zucker gemacht, und zwar mit Rohr- und Traubenzucker. In dem in Geschäften käuflichen Rübenzucker waren in keinem einzigen Falle pathogene



Bakterien nachzuweisen, von sämtlichen Kulturen waren 89% steril, bei 11% wuchsen harmlose Saprophyten. Der käufliche Rübenzucker konnte also ohne jede Vorbereitung zur Wundbehandlung verwendet werden. Wenn man Zucker in Substanz in eine infizierte Wunde schüttet, so werden die Bakterien, z. B. die Staphylokokken, zwar nicht durchweg abgetötet, jedoch in ihren Lebensbedingungen wesentlich geschwächt, so lange sich hochkonzentrierte Lösungen in der Wunde befinden. Nachdem durch Osmose diese Konzentration geringer geworden ist, tritt sehr heftige Sekretion ein. Die schmierigen Belege auf den Wunden verschwinden fast immer auffallend rasch, so z. B. bei Ulcus cruris, eine Folge der fibrinlösenden Wirkung des Zuckers. Auffallend ist auch die durch den Zucker bewirkte Desodorierung des Wundsekrets. Granulationsbildung und Epithelisierung erfolgen sehr schnell. Tuberkulöse Prozesse wurden nicht beeinflusst. Es wurden im Ganzen etwa 100 Fälle mit Zucker behandelt: Grosse ulcera cruris, grosse septische Wunden, nach akuter und chronischer Osteomyelitis usw., alle mit gutem und schnellem Erfolg. Eine Fistel nach Gelenkresektion, die 14 Tage lang ohne jeden Erfolg behandelt worden war, schloss sich unter Zucker in 3 Tagen. Die Hauptwirkung des Zuckers besteht in seiner Fäulniswidrigkeit und in der durch ihn hervorgerufenen Serumspülung der Wunde von innen nach aussen. Die Ergebnisse ermutigen zu weiteren Versuchen.

Klar-München.

5) **Scharin u. Kufajeff.** Beiträge zur Frage über die Wirkung von Soolbädern auf den kindlichen Organismus. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Bd. VII.)

Aus der Tatsache, dass die Stickstoffretention, die zur Zeit der Badekur sinkt, nach Einstellung der Bäder wieder zu steigen beginnt, erklärt Verfasser die Erscheinung, dass der den Kindern von Soolbädern erwachsende Nutzen, der in allgemeiner Stärkung des Organismus und in gesteigerter Nutrition zum Ausdrucke kommt, keineswegs auf einmal und nicht zur Zeit, da das Kind die Badekur durchmacht, sondern erst nach Ablauf eines gewissen Zeitraumes nach der Badekur zum Vorschein kommt.

Auf eine günstige Wirkung der Soolbäder darf man nur in den Fällen rechnen, wo der Organismus stark genug ist, um nach der Kur in die Phase der Herabsetzung der Stickstoffausscheidung einzutreten. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

6) **Vulpius.** Ueber die Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1913.)



Verf. bespricht eingehend die verschiedenen, teilweise noch im Widerstreit befindlichen Theorien der Wirkung des Sonnenlichts auf die Haut und den menschlichen Körper überhaupt und bestätigt, dass die Lichttherapie in der Behandlung der chir. Tuberkulose eine grosse Rolle zu spielen berufen ist. Er kommt auf Grund seiner in Rappenau gemachten Erfahrungen zu dem Schluss, dass die Lichttherapie in ihrer heutigen Gestaltung auch im Tiefland mit der Hochgebirgsheliotherapie zu konkurrieren vermag. In Rappenau kombiniert V. die natürliche mit der künstlichen Belichtung, die er teils mit dem elektrischen Bogenlicht, teils mit dem Quecksilberdampflicht der Quarzlampe ausführt. Die Pigmentierung der Haut tritt bei der Bogenlampenbestrahlung schneller und intensiver ein als bei der Quarzlampe, der sog. „künstlichen Höhensonne". Da das künstliche Licht vom Wetter unabhängig und genau dosierbar ist, sieht V. in der Behandlung mit diesem gewisse Vorzüge vor der Hochgebirgsbehandlung; ausserdem enthält das Licht der Quarzlampe mehr ultraviolette Strahlen als das günstigste Sonnenlicht im Hochgebirge. Schliesslich können mehr Patienten und diese viel billiger in Tiefland- und Mittelgebirgssanatorien untergebracht werden als in den kostspieligen und schwer für den Patienten und dessen Angehörige zu erreichenden Hochgebirgsorten. Klar-München.

7) **Beck.** Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Rosenbachschem Tuberkulin. (Zeitschr. f. Kinderheilk. XXVI. 5.)

Verfasser hat 30 Kinder mit den verschiedensten Formen von Tuberkulose wie: Knochen-, Weichteil-, Haut-, Drüsen- und Lungentuberkulose mit Rosenbachs Tuberkulin behandelt. Bei schweren chirurgischen Tuberkulosen empfiehlt er zunächst chirurgisch vorzugehen und ausgedehnte fungöse Granulationen, Käsemassen oder Nekrosen zu entfernen. Danach aber wird Tuberkulin gegeben, das bei der Resorption oder Ausstossung kranker Teile grossen Nutzen bereitet.

Beck sieht in dem Rosenbachschen Tuberkulin ein wichtiges Unterstützungsmittel der Heliotherapie, die wir auch in unserem Klima viel häufiger zur Anwendung bringen sollten.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

8) **Mehler, H.** und **Ascher, L.** Beitrag zur Chemotherapie der Tuberkulose. Versuche mit Bercholin (Enzytol). (Münch. med. Wochenschr., Nummer 14, 1913.)

Verff. behandelten Fälle von chirurgischer und Lungentuberkulose in dem Sanatorium für chir. Tuberkulose in Georgensgmünd



bei Nürnberg mit intravenösen Injektionen von Bercholin, einem Lezithinderivat. Sie begannen mit 1 ccm einer 1 % Lösung von Bercholin in physiologischer Kochsalzlösung, also 0,01 g reinem Bercholin, und steigerten die Einzeldosis bis auf 0,25 g, indem sie durchschnittlich jeden 2. Tag spritzten; später gaben sie 1,0 g, also 10 ccm ihrer Lösung als intravenöse Infusion. Vor subkutaner Anwendung des Mittels wird gewarnt, da oft Infiltrationen der Injektionsstelle und langdauernde Eiterungen entstehen. Sie erzielten teilweise eklatante Heilerfolge und kommen zu den Schlussfolgerungen:

1. Lezithin und Lezithinspaltungsprodukte (Cholin) haben erhebliche bakteriolytische Kraft, auch bei Tuberkelbazillen.

2. Das Lezithinspaltungsprodukt Cholin lässt sich als locker gebundenes Salz (Bercholin) ohne Schaden in verhältnismässig grossen Dosen, auch bei Tuberkulösen, in die Blutbahn bringen.

3. Bei floriden Fällen von Tuberkulosen löst Bercholin eine typische Reaktion aus.

4. Therapeutische Versuche haben die Brauchbarkeit des Bercholins bei Tuberkulose ergeben.

5. Ob Bercholin beim weiteren Ausbau der Methode sich als genügend wirksames antituberkulöses Mittel erweist, oder ob es anderweitig kombiniert werden muss, bleibt ferneren Versuchen vorbehalten.

Klar-München.

9) **Reyher.** Ueber die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose. (Monatsschr. f. Kinderheilkunde 1913, 2.)

Das Zustandekommen der orthotischen Albuminurie schreibt Verfasser nicht mehr einer Lordose der Lendenwirbelsäule zu, sondern erklärt ihr Auftreten durch die chronische Einwirkung toxischer Substanzen auf den Organismus. Nach seinen Untersuchungen kommt besonders die Tuberkulose als ätiologisches Moment in Betracht. Die Lordose ist etwas Sekundäres, wahrscheinlich hervorgerufen durch Minderwertigkeit der Gesamtkonstitution.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

10) **Thomas Miller.** Early diagnosis of a case of leprosy much assisted by the X. rays. (The Lancet 26. VII. 13, p. 219.

Bei einem 22jährigen Chinesen, der nur über allgemeine Mattigkeit klagte, wurde zufällig durch den Röntgenbefund durch Knochenveränderungen an den Zehen (teilweises Fehlen der Phalangen, beginnende Rarefikation) der Verdacht auf eine lepröse Erkrankung gelenkt. Die linke Grosszehe war schon seit 2 Jahren kleiner geworden, ohne dass der Pat. sonderlich darauf geachtet hätte. Auch die vorhandene Anästhesie bemerkte er erst, nachdem er darauf auf-



merksam gemacht war. So konnte die Radiographie Klarheit in die Diagnose einer bis dahin nicht diagnostizierten Krankheit bringen.
Spitzer-Manhold-Zürich.

11) **Trumpp.** Erkrankung von Geschwistern an Heine-Medinscher Krankheit. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1913.)

In einer Familie erkrankten nacheinander 3 Kinder an Heine-Medinscher Krankheit, zuerst ein Mädchen von $1^3/_4$ Jahren in zwei, 5 Tage auseinanderliegenden Attacken (einmal linker Arm, das andere Mal rechter Arm), zwei Monate später ein 10 jähriger Bruder und einen weiteren Monat danach ein 14 jähriger Bruder. Trotz der stürmischen Erscheinungen gingen die Lähmungen sehr bald vollständig zurück. Um die anginösen Erscheinungen zu bekämpfen und das Virus an seiner vermutlichen Eintrittspforte zu treffen, liess T. Spray Emmerichscher Pyocyanase anwenden, mit anscheinend sehr gutem Erfolg. Klar-München.

12) **I. C. Schippers u. C. de Lange** (Amsterdam). Ueber eine Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden während des Jahres 1912. (Zeitschrift für Kinderheilkunde VIII, 4.)

Statistik über die Verteilung der Poliomyelitisepidemie im Hinblick auf Alter, Jahreszeit und die Lokalisation der Lähmung. — Am häufigsten werden Kinder zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahre betroffen. Die meisten Fälle traten in der Provinz im August, in Amsterdam im Oktober auf. Die Mortalität betrug bei der beobachteten Epidemie 4,3 %. Von Lähmungen betroffen wurden hauptsächlich die unteren Extremitäten. An Anfangserscheinungen kamen Magendarmstörungen, Anginen und Bronchitis hauptsächlich in Betracht. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

13) **Müller.** Die Frühstadien der epidemischen Kinderlähmung. (Monatschr. f. Kinderheilkunde 1912, 7.)

Verfasser teilt das akut einsetzende Frühstadium der Poliomyelitis in zwei Phasen ein: in die präparalytischen, fieberhaften Vorläufererscheinungen und in die Periode der Lähmungsentwicklung. Er schildert die klinischen Erscheinungen dieser beiden Stadien.

Als zwei häufige, doch wenig beachtete Begleiterscheinungen des Frühstadiums bezeichnet Müller flüchtige Störungen der Sensibilität und der Blasen-Mastdarmfunktion. Verfasser weist auf die abortiven Formen der Poliomyelitis hin, bei denen keine Läsionen der Vorderhornzellen auftreten müssen, oft nur fehlende Patellarreflexe oder nicht einmal diese zurückbleiben.

Nicht immer führt die Poliomyelitisinfektion zur spinalen Kin-



derlähmung, es finden sich in verhältnismässig seltenen Fällen Lähmungen bulbären oder noch seltener Grosshirn-enzephalitischen Charakters. — Werden öfter bei einer Poliomyelitisinfektion neben der dauernden schlaffen Lähmungen auch spastische Paralysen gefunden, oder treten diese ausschliesslich in Erscheinung, so beweist dies nur eine gleichzeitige Pyramidenbahnläsion, keineswegs aber eine zugleich bestehende Gehirnerkrankung. Nicht selten verrät sich diese Läsion der Pyramidenbahn durch positiven Babinsky.

Die Mortalität bei der akuten Poliomyelitis beträgt nach Müller 10—15 %. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

14) **Langbein** (Leipzig). Beitrag zur Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. (Deutsche. med. Woch. Nr. 1, 1913.

L. benutzt die Läwensche Methode der epiduralen Injektion bei Ischias mit bestem Erfolg. Er empfiehlt, wenn die Diagnose Ischias sichergestellt ist, zunächst den Patienten 14 Tage lang mit Wärme und Antineuralgicis zu behandeln und erst dann die Injektion zu erwägen. Sie kommt vor allen Dingen bei Wurzelischias in Betracht. **Hohmann**-München.

15) **F. Sinnhuber** (Königsberg). Die Differentialdiagnose der Ischias und der akuten und chronischen Hüftgelenkserkrankungen des jugendlichen Alters.

Die für die Praxis beachtenswerte Arbeit ist in einer Festschrift niedergelegt, welche dem Generalstabsarzt der Armee Exz. v. Schjerning zum 60. Geburtstag gewidmet ist. (Verlag E. S. Mittler & Sohn, Berlin 1913.) Zunächst werden die wesentlichen Symptome der verschiedenartigen Affektionen kurz zusammengefasst, dann sich gegenübergestellt, so dass auf diese Weise die bekanntlich oft verfehlte Differentialdiagnose erleichtert wird. Vulpius-Heidelberg.

16) **Onano, G.** (Rom.) Neurite del peroneo con paralisi di origine traumatica. (Il Policlinico, Sez. prat. 1913, Nr. 16.)

Verf. beschreibt einen klinischen Fall, bei dem infolge eines Traumas gegen die Kniebeuge Schmerzhaftigkeit in der Kniekehle und im ganzen Verlauf des Ischiaticus und Lähmungserscheinungen des N. poplitäus ext. also im Gebiet der Extension oder dorsalen Flexion des Fusses auftraten. **Buccheri**-Palermo.

17) **Vanghetti.** Utilizzazione della forza deformante. (Archivio di ortopedia 1913 fasc. 1.)

Theoretisch erscheint es möglich, den Druck nach oben und den Druck nach unten (Belastung) derart umzukehren, dass sie auf die Deformation oder in der Nachbarschaft derselben zu lasten kommen. **Buccheri**-Palermo.



18) **Hubbard.** Remote metastases following cancer of the breast. (Boston med. and surg. Journ. Vol. CLVII. Nr. 1, p. 1.)

V. teilt 3 Fälle von Metastasen nach exstirpierten Mammakarzinomen mit: im Rückenmark im Bereich der Dorsalwirbel, im Tibiakopf, am Kiefer und am Femur. Alle Kranken gingen durch weitere Intestinalmetastasen des Krebses zu grunde.

Spitzer-Manhold-Zürich.

19) **Jacob.** Beitrag zur Kenntnis der Myositis. (Myositis ossificans incipiens?) (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1913.)

Ein 58jähriger Landwirt, der seit seinem 22. Lebensjahr eine Verkrümmung der beiden letzten Finger der linken Hand hatte, fiel von einem Heuwagen, aus einer Höhe von etwa 3 m, auf die Hände und auf den Kopf. In den folgenden Tagen trat starke Schwellung, Steifheit und Rötung der Hände ein. Schwellung und Rötung gingen zurück, die Hände blieben aber steif, und allmählich entwickelte sich eine Steifigkeit in beiden Schultergelenken, besonders rechts. Die gesamte Muskulatur des rechten Schultergürtels war hochgradig atrophisch., der untere Rand des r. musc. deltoides und des m. latissimus dorsi zeigt keinen Muskelbauch, sondern bei beiden Muskeln einen derben, fibrösen, fast knochenharten Strang, der sich bis zur Ansatzstelle am Oberarm verfolgen lässt. Die Durchleuchtung des rechten Schultergelenks zeigt Schrumpfung der Kapsel, sekundäre Knochenatrophie, keine Ankylose. Die Bewegungsfähigkeit in beiden Schultergelenken ist erheblich behindert, der rechte Arm kann kaum bis zur Wagerechten, der linke etwas höher gehoben werden, das rechte Ellenbogengelenk kann nur bis 120 Grad gestreckt werden. In beiden Händen besteht das Bild der Dupuytrenschen Kontraktur, nur der rechte Ringfinger ist noch relativ gut beweglich, ebenso der linke Daumen. Druckempfindlichkeit bestand nirgends, Veränderungen in der Muskelsubstanz liessen sich nicht abtasten. Verf. fasst das Krankheitsbild als beginnende Myositis ossificans traumatica auf.

Klar-München.

20) **Koga.** Zur Therapie der Spontangangrän an den Extremitäten. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 121, H. 3—4, p. 371.)

V. prüfte in 13 Fällen der in Japan häufig vorkommenden juvenilen Spontangangrän der Extremitäten die Viskosität des Blutes und fand dieselbe durchweg erhöht. Eine Erniedrigung der Viskosität durch Infusion von Kochsalz- oder Ringerscher Lösung beeinflusste die Gangrän in günstigem Sinne; die ödematösen Anschwellungen verringerten sich, die Cyanose klang ab, es bildete sich eine scharfe Demarkationslinie, Geschwüre reinigten sich und ver-



narbten, und Schmerzen und Kältegefühl verschwanden. Hyperämieversuche ergaben, dass das Blut mit erniedrigter Viskosität leichter und schneller durch die verengten Gefässlumina fliessen kann. Vielleicht werden auch die sklerosierenden Gefässveränderungen durch die Infusionen zum Teil rückgängig gemacht. Die Herabsetzung der Blutviskosität durch internen Gebrauch von Jodkalium war eine unbedeutende.
Spitzer-Manhold-Zürich.

21) **Cazal.** Exostoses ostéogeniques multiples héréditaires (Arch. de Médicine des enfants.)

Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 5jährigen Knaben, der an multiplen Exostosen an den Klavikeln, den Ober- und Unterarmen, den Phalangen, dem Femur u. s. w. leidet. Die erste Exostose wurde von der Mutter des Kindes, als dieses 14 Monate alt war, am Ellenbogen bemerkt.

Interessant ist das hereditäre Auftreten der Exostose, denn sowohl die Mutter des Knabens als auch deren Vater litten an multiplen Exostosen.
Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

22) **Murk Jansen** (Leiden). Das Wesen und das Werden der Achondroplasie. Eine Abhandlung über Wachstumsstörung embryonaler Zellgruppen, verursacht durch Amniondruck in den verschiedenen Stadien der Skelettentwicklung. (Anencephalie, Achondroplasie, Kakomelie.) (Aus dem Englischen übersetzt von Hohmann und Windstrosser. Mit 55 Abbildungen. Stuttgart, F. Enke 1913. Preis 5 Mark.)

Die Broschüre stellt den Separatabdruck einer ungemein interessanten Arbeit dar, welche in der Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie XXXII. Bd. erschienen ist und an anderer Stelle referiert wird.

Es sei trotzdem hier besonders auf die Schrift aufmerksam gemacht, welche für das Problem der Aetiologie angeborener Deformitäten und seine Lösung ausserordentlich bedeutsame Beiträge liefert.
Vulpius-Heidelberg.

23) **Machow** (Lissabon). Zwei Osteophysen. (Mit zwei Röntgenbildern). (Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XIX. H. 6. S. 471.)

Bei einem 40jährigen Manne und einem 16jährigen, wurden am unteren Drittel des Femur typische Osteophysen gefunden, die sehr langsam gewachsen waren, keine Schmerzen verursachten und das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigten, also alle Zeichen der Gutartigkeit boten. Bei dem Mann war durch die Grösse des Auswuchses allerdings die Quadrizepsbewegung erschwert.
Natzler-Mülheim-Ruhr



24) **Köhler.** Das Köhlersche Knochenbild des Os naviculare pedis bei Kindern — keine Fraktur! (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, H. 2, p. 560.)

Als Erwiderung auf die Arbeit von Schultze: das Köhlersche Knochenbild des Os naviculare pedis bei Kindern — eine Fraktur, verweist Verf. darauf, dass bei 26 Fällen die Affektion 10 mal doppelseitig vorkam und dass in $^2/_3$ der Fälle kein Trauma nachzuweisen war, was nach seiner Ansicht eine Fraktur ausschliesst.

Spitzer-Manhold-Zürich.

25) **Rendle.** Note on a case of primary hydatid of bone (The Lancet 1913, 26. IV. p. 1162.)

Bei einer 67jährigen Frau, die nie auswärts, immer bei sich in Cornwall, gelebt hatte, trat über dem rechten Sakroiliakalgelenk eine 10:6 Zoll grosse Geschwulst auf. die für ein Lipom oder Dermoid gehalten wurde und sich bei der Operation als Hydatide mit Tochterzellen erwies. Die Patientin überstand den Eingriff gut, starb dann aber bald an chronischer Bronchitis und Herzschwäche. Bei der Sektion fand man nirgendswo anders Hydatiden, das Darmbein war aber ganz ausgehöhlt und enthielt noch einige Membranen, trotzdem man bei dem Eingriff gründlich ausgeräumt hatte.

Spitzer-Manhold-Zürich.

26) **Pieri, G.** (Rom.) Plastica per la obliterazione delle cavità ossee. (Rivista ospedaliera 1913, Nr. 8.)

Verf. beschreibt einen Fall, in dem infolge einer totalen offenen Fraktur des Unterschenkels sich eine Höhle in der unteren Metaphyse der Tibia gebildet hatte. Es wurde eine erste Füllung mit Wismutpaste gemacht, aber sie misslang. Bei einem zweiten Eingriff machte er eine Entknochung der mobilisierten Wände und die Vernähung von zwei Haut-Periostlappen.

Die Radiographie zeigt die lokalen Verhältnisse nach der Operation und das Verschwinden der früheren Höhle.

Buccheri-Palermo.

27) **Gerster.** Experiences with Steinmanns nail-extension method in fractures of the femur. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVI, Nr. 2, p. 157.)

V. behandelte 12 Fälle von Femurfrakturen bei Erwachsenen und Kindern mittels der Steinmannschen Nagelextension und erzielte damit im allgemeinen gute Resultate, die Misserfolge waren konstitutionellen Krankheiten der betreffenden Patienten zuzuschreiben.

Spitzer-Manhold-Zürich.

28) **Schütz.** Gelenkwinkelmesser. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1913.)



Verf. konstruierte mit der Firma Stiefenhofer-München einen neuen Winkelmesser, der aus 2 je 22 cm langen Armen besteht, die in der Mitte durch ein Scharnier vereinigt sind. An dem einen Arm befindet sich ein durch Zug aufrollendes Bandmass, dessen Anfang am anderen Arm festgemacht ist. Das Bandmass zeigt die genaue Gradeinteilung. Der Winkelmesser wird in die Gelenkbeuge eingelegt, das Bandmass bleibt fixiert, so dass man nach Wegnahme des Winkelmessers in aller Ruhe den Winkel ablesen kann, bevor man durch den Druck auf den Knopf das Band wieder aufrollen lässt. Dieser Winkelmesser kann bei allen Gelenken zur Perimetrie verwendet werden. Verf. gibt dann die Durchschnittsmasse bekannt, die er bei seinen Exkursionsmessungen der hauptsächlichen menschlichen Gelenke fand. Klar-München.

29) **Della Valle, L.** (Genua.) Osteosintesi metallica per frattura sottotrocanterica. (Liguria medica 1913.)

Mitteilung eines klinischen Falles. Nach einem Jahre der Heilung bestand eine Verlängerung um einen Zentimeter, von der er annimmt, dass sie auf einer Erscheinung der Hyperosteogenese infolge der Anwesenheit der Fremdkörper beruhe und daher auf Uebererregung in dem Wachstum eines langen Röhrenknochens in einem jungen, in der Periode des normalen Wachstums stehenden Individuums. **Buccheri**-Palermo.

30) **Schewandin.** Endresultate der Lexerschen Arthrodese am Sprunggelenk. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, 4. H., p. 1009.)

Lexer wendet, um bei paralytischen Gelenken (meist Sprunggelenk) eine Ankylose zu erzielen, eine Vernagelung durch Knochenstifte an. Durch Kalkaneus, Talus und den unteren Teil der Tibia wird ein Kanal gebohrt, in welchen der Knochenstift (Verf. wendete Spähne aus der Tibia des gelähmten Beines oder ein Stück Fibula in ihrer ganzen Dicke an) eingesetzt wird. Mit der Lexerschen Methode wurden keine ossalen Ankylosen erzielt, der Bolzen wird resorbiert, statt seiner treten Spongiosaverdichtungen ein. Bei der Implantation wurde darauf geachtet, den Bolzen möglichst mit Periost und Knochenmark versehen zu überpflanzen. Nach der Operation 6—8 Wochen Gipsverband, 2—4 Monate Gehschienen. Die Fälle wurden 2—5 Jahre beobachtet, der Bolzen mit Röntgenbildern kontrolliert. Verf. führt 5 eigene Fälle an (zwischen 9 bis 25 Jahren) und 4, von denen er durch schriftlichen Bericht Näheres über das Endresultat der Operation erfuhr. Das Talokalkaneusgelenk war in allen Fällen gut ankylosiert, das Talokrualgelenk erlangt nach Resorption des Bolzens wieder einige Beweglichkeit. Die



Entnahmestellen des Bolzens hatten sich in allen Fällen gut ausgefüllt, es hatte keine Verkrümmung des Beines stattgefunden. Die Heilung war in allen Fällen p. p. erfolgt. In einem Fall bestanden an der Bolzungsstelle Schmerzen bei Witterungswechsel. Die meisten Kranken konnten doch das Bein zum Gehen brauchen, wenn auch Tragen orthopädischer Stützvorrichtungen notwendig war. Die Reihe der Fälle ist zu kurz, um sie mit Statistiken von Arthrodesenbehandlung nach anderen Methoden zu vergleichen.

Spitzer-Manhold-Zürich.

31) **Frattin** (Padua). Osteoplastica e fissazione del piede paralitico. (Accademia medica di Padova 13 dic. 1912.)

Ein 16jähriges Mädchen, das im Alter von neun Monaten von Poliomyelitis befallen worden war, hatte einen Schlotterfuss. Die Arthrodesis tibio-astragalica gab ein unvollständiges funktionelles Resultat. Verf. nahm daher folgenden neuen Eingriff vor: Nachdem er durch einen seitlichen äusseren Einschnitt die feste Stellung des Astragalus im Tibiotarsalgelenk und die abnorme Beweglichkeit in der Artic. talo-calcanea konstatiert hatte, löste er von der Fibula eine Knochen-Periostplatte von passender Länge und von der Höchstdicke von ca. $^1/_2$ cm ab, legte sie zwischen die entsprechenden, zuvor angefrischten Flächen des Malleolus ext. und des Calcaneus und befestigte sie durch einige Seidennähte; die Operation vervollständigte er durch die Arthrodesis zwischen Sprungbein und Kahnbein und die Tenodesis der beiden Tibiales.

Das plastische und funktionelle Resultat ist höchst befriedigend Trotz des Funktionsmangels einiger Muskelgruppen kann Pat. jetzt ohne Stütze stehen und gehen. **Buccheri**-Palermo.

32) **Osgood.** The end results of excision of the knee for tuberculoses with and without the use of bone plates. (The Boston med. and. surg. Journ. Vol. CLXIX, Nr. 4, p. 123.)

Aus einer Statistik von 28 Fällen ersieht Autor, dass das nahe Aneinanderhalten der Operationsstümpfe nach Exzision des Kniegelenks bei Tuberkulose grosse Vorteile hat. Die postoperativen Schmerzen sind geringer, die frühzeitige Vereinigung wird begünstigt; die einzige Unbequemlichkeit besteht darin, dass eventuell die Notwendigkeit eintritt, den Fremdkörper zu entfernen. Dies ist nur ein kleiner Nachteil im Vergleich zu den geringeren Schmerzen und der rascheren und sicheren Möglichkeit, das Körpergewicht zu tragen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

33) **Spitzy, H.** Zur Ausnützung der respiratorischen Kräfte in der Skoliosenbehandlung. (Münch. med. Wochenschr., Nummer 11, 1913.)



S. ist ein eifriger Verfechter des Abbottschen Gipsverbandes bei der Behandlung der schweren, starren Skoliosen und sieht dessen Hauptvorteil darin, dass in diesem Verband der Respirationstypus allmählich geändert wird, indem durch das Fenster auf der Konkavseite der Thorax auf dieser Seite entfaltet wird: die eingefallene Brustseite wird immer mehr herausgehoben, die Rippen werden wieder immer mehr von einander entfernt und die Niveaudifferenz zwischen der vorgebuckelten und der eingesunkenen Seite, die im Rippenbuckel ihren unangenehmen Ausdruck fand, gleicht sich immer mehr aus. Der Rotation und der Torsion der Wirbel wird durch diese konkavseitige Atmung am besten entgegengearbeitet. Die Verbanddauer ist im Durchschnitt 12 Wochen. S. behandelte während 6 Monaten 14 Fälle und bezeichnet seine Erfolge als hervorragend und jedenfalls viel besser als die, die mit allen anderen, im Laufe der Jahre durchprobierten Methoden erzielt werden konnten. Immer gelang es ihm, die Rotation entweder ganz zu beseitigen oder wenigstens die eingesunkene Seite auf Kosten der vorgebuckelten so zu heben, dass die Niveaudifferenz nur noch sehr gering war, in leichteren Fällen wurde sogar eine Ueberkorrektur erreicht. Mit einem kleinen, von Spitzys Assistenten Erlacher erdachten Hebelapparat kann man während der Behandlung die Aenderung und Vergrösserung der Rippenexkursion und das wachsende Hervortreten der Brustwand an der Konkavseite in dem Fenster messen und graphisch fixieren. Unter den behandelten und gänzlich oder fast ganz geheilten Fällen waren solche, die allen sonstigen Einwirkungen und jahrelanger Behandlung getrotzt hatten.

Klar-München.

34) **Jansen.** Ein einfacher Verband zur Behandlung des Schlüsselbeinbruchs. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1913.)

Aus 70 cm einer breiten Mullbinde und einem 30—40 cm breiten Wattestück wird eine „Wurst“ gebildet; diese „Wurst“ wird durch die Achselhöhle der kranken Seite gezogen und hinten so geknüpft, dass eine Oese entsteht. Dann wird ein 1 m langer, 5 cm breiter Heftpflasterstreifen durch die gesunde Achselhöhle gelegt, in dessen Mitte eine aus einer Mullbinde gefertigte Oese angebracht ist, die nach dem Anlegen in der Höhe des oberen Cucullarisrandes stehen muss. Beide Oesen werden nun durch ein Stück Mullbinde, das gut mit Watte unterpolstert ist, verbunden und zusammengeholt; gut ist es, wenn dabei ein Assistent den im Ellenbogengelenk gebeugten Arm der kranken Seite etwas anhebt und dadurch die Schulter nach hinten oben schiebt. Dieser, von Berndt zuerst angegebene Ver-

band hat sich im städtischen Krankenhaus in Stralsund in 10 Jahren gut bewährt und hat folgende Vorteile:

1. Die kranke Schulter wird nach hinten gezogen und nach oben, die Fraktur in möglichst korrigierter Stellung gehalten.

2. Der Patient wird durch den Verband wenig belästigt, da der Thorax nicht eingeschnürt wird und der gesunde Arm freigelassen wird.

3. Auch der Arm der kranken Seite kann in mässigem Grade gebraucht werden, da die Hand und der Ellenbogen frei sind. Nach einigen Tagen können sogar im Schultergelenk Bewegungen gemacht werden.

4. Der Verband erlaubt jederzeit Kontrolle und eventuell nötige Korrektur durch Nachlassen oder Anziehen des hinteren Bindenstücks.

Klar-München.

35) **Fränkel, James.** Die Entstehungsweisen übermässiger Beckenneigung. (Münch. med. Wochenschr., Nummer 11, 1913.)

Die Neigung der Beckeneingangsebene, der wichtigsten Beckenebene, genau zu bestimmen, ist bisher am Lebenden noch nicht gelungen. Der Einfluss der sagittalen Wirbelsäulenverkrümmungen auf die Beckenneigung et vice versa ist bekannt; das kyphotische Becken (Breisky) und die infantile Beckenform (Freund) zeigen verminderte Beckenneigung; die vermehrte Beckenneigung als Folge des hohen Sitzes der Kyphoskoliose und des Pottschen Buckels ist ebenfalls schon bekannt. Aber die statische Abhängigkeit der sagittalen Beckenneigung der unteren Extremität ist bisher noch nicht untersucht worden. Das Becken empfängt von den unteren Extremitäten her statische Einflüsse, die es nach oben an die Wirbelsäule weitergibt. Die sagittalen Verbiegungen des Femur bei Rachitis und die Retrotorsion des Schenkelhalses üben starken Einfluss auf die Beckenneigung aus. Alle Verkrümmungen der unteren Extremität und an der Wirbelsäule, die lateralen wie die dorsoventralen, gleichen sich statisch durch Gegenkrümmungen aus. Auf die Verbiegung des Femur nach vorn, antwortet unterhalb das genu recurvatum und darauf wieder die Verbiegung der tibia nach vorn und oben entsteht die kompensatorische Beckenneigung. Bei der Beckenrachitis treten durch den Belastungsdruck, den Muskelzug und das ungleiche Wachstum der einzelnen Beckenabschnitte mannigfach abgestufte Veränderungen im Stande des Beckens auf. Bei der anormalen frontalen Pfannenstellung nimmt die Neigung des Beckens nach vorn zu; durch übermässige Beckenneigung entsteht der hohlrunde Rücken, da zwar

die ursächlichen Verkrümmungen im Laufe des Wachstums sich ausgleichen können, aber die Neigung des Beckens, durch Schrumpfung der Bänder und der Muskeln fixiert, fortbestehen bleibt. Für die Behandlung der übermässigen Beckenneigung ist zu betonen, dass die Schädigungen der aufrechten Körperhaltung besonders beim rachitischen Skelett durch unablässige Uebung des Thorax, Kräftigung der Bauchmuskeln und richtiges Rumpfturnen verhütet werden müssen. Klar-München.

36) **Skillern and Pancoast.** An additional case of fracture of the floor of the acetabulum. (The New York med. Journ. Vol. XCVII., Nr. 25, p. 1288).

Als Ergänzung zu jüngst in der Literatur veröffentlichten ähnlichen Fällen berichten Vv. über einen Bruch des Pfannenbodens mit Fraktur des Femurhalses und -Kopfes bei einem 45 Jährigen, der eine schwere Last eine Treppe hinauftrug, dabei stürzte und vom Gewicht auf den linken Trochanter getroffen wurde. Das linke Bein konnte dann, als er aufzustehen versuchte, nicht bewegt werden. Das Röntgenbild zeigte eine vertikale Bruchlinie in der iliakalen Partie der Pfanne und einen eingekeilten Bruch des Femurhalses und -Kopfes. Therapie: Bettruhe, Reduktion durch Längsextension und Seitenzug am Femurhals. Am 4. Tag Gips von den Zehenwurzeln bis an den Rippenbogen. Resultat: nach 4 Monaten gute Beweglichkeit des lädierten Beines in allen Richtungen mit etwas behinderter Abduktion. Keine Schmerzen, freies Gehen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

37) **Jensen.** Beckenbrüche. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, H. 2, p. 305.)

Verf. stellte aus dem Untersuchungsmaterial von vier Kopenhagener Krankenhäusern innerhalb der letzten $5^1/_2$ Jahre 80 Fälle von Beckenfrakturen zusammen, von denen 25 zur Sektion gelangten. Er gibt eine Uebersicht über den Sitz dieser Brüche und die Häufigkeit der dabei konstatierten Läsionen der Harnwege, bespricht Diagnose und Prognose und gibt seiner Ansicht Ausdruck, dass eine Menge von Beckenbrüchen übersehen oder verkannt werden.

Spitzer-Manhold-Zürich.

38) **Reynolds.** 2 cases of fractured pelvis. (The Brit. med. Journ. 31. V. 13., p. 1161.)

Nur dank dem Röntgenbild konnten 2 Fälle von Beckenfraktur, die fast keine Beschwerden machten, diagnostiziert werden. In einem Fall war dem Patienten vor einem Monat ein Pferd auf die eine Seite gefallen. Er konnte gehen, hatte nur wenig Schmerzen, keine Urinbeschwerden (obgleich eine starke Verschiebung des aus seiner



Kontinuität gesprengten Schambeinastes stattgefunden hatte). Es wurde keine Reduktion versucht, da die Fragmente zu zahlreich waren. Beim zweiten Patienten hatte ein Fall von einem Eisenbahnwagen stattgefunden, der eine Dislokation im Hüftgelenk und einen Unterschenkelbruch, der als das wichtigere behandelt wurde, zur Folge hatte. Das Gehen mit Krücken konnte ohne Beschwerden vorgenommen werden. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

39) **Thomschke.** Ueber akute Osteomyelitis des Schambeins. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123, H. 3—4, p. 290.)

Die Osteomyelitis des vorderen Beckenringes ist selten, da sich dort wenig spongiöse Knochensubstanz befindet. In ihrem Verlauf und ihrer Aetiologie unterscheidet sie sich nicht von anderen Formen dieser Knochenerkrankung. Verf. konnte bei Soldaten 3 Fälle akuter Osteomyelitis des Schambeins beobachten. Zwei wurden durch Operation (Abtragung des ganzen Schambeins bis auf eine schmale Spange gesunder Knochensubstanz) geheilt, später wieder diensttüchtig und ganz beschwerdefrei, während der dritte Fall zu Grunde ging an ausgedehnter Eiterung des ganzen Beckens. Je rascher man nach gestellter Diagnose, die übrigens im Anfang schwierig ist, operiert, desto sicherer kann man Komplikationen vermeiden. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

40) **Hughes.** Chronic oedema of one leg in a child. (The Lancet 1912, 14. IX., p. 752.)

Ein 6 jähriges Mädchen bekam plötzlich ohne Fieber, ohne Schmerzen eine Schwellung des einen Beines, dessen Umfang um $2^1/_2$ Zoll mehr beträgt, als das gesunde. Keine Tb., keine Geschwülste im Abdomen, keine Thrombose, die Röntgenaufnahme ohne Befund, Urin o. B. Da das Kind munter, lebhaft und nicht im Bett zu halten ist, geht es mit einem Gummistrumpf herum, besucht die Schule. Bei Bettruhe schwillt das Bein ab. Joddarreichung, Quecksilberkur sind ohne Erfolg. Wegen Abwesenheit einer bestimmten Krankheitsursache wird Trophoedem angenommen. Das Bild erinnert an eine Verstopfung einer äusseren Iliakalvene. Aehnliche Fälle sind auch einseitig beobachtet worden.

Spitzer-Manhold-Zürich.

41) **Tridon.** Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. (Revue d'orthopèdie. 24. anneé, Nr. 2, p. 187.)

Ein 9 jähriges gutentwickeltes Mädchen wurde nach Berck geschickt, weil es auf dem linken Bein leicht hinkte. Das linke Bein ist auffällig an Volumen (3 cm) und Länge (auch 3 cm) gegenüber dem rechten vergrössert. Der linke Fuss ist um 1 cm länger (diese



Längenzunahme kommt auf Rechnung der Zehen). Beim Stehen ist das linke Bein leicht flektiert, das Kind stützt sich auf das rechte. Die oberflächlichen Venen sind, besonders am Unterschenkel, dilatiert, teilweise varikös und dort druckempfindlich. Sonst hat das Kind keine Schmerzen. Zahlreiche teils gefässreiche, teils pigmentierte und behaarte, zerstreut angeordnete Naevi bedecken die linke Extremität. An der grossen Zehe ist am Rücken ein grosser Haarbüschel entwickelt.

Gehen und Laufen können ohne Beschwerden ausgeführt werden, nur wird das linke Bein mühsam, als wenn es zu schwer wäre, vorwärtsgeschleudert. Die Körperhaltung ist inkorrekt wegen Niveaudifferenz der beiden spinae iliacae. Der hypertrophische Zustand des linken Beines ist angeboren. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

42) **Werndorf, Robert.** The pathology and therapy of congenital dislocations of the hip. (The American journal of orthopedic surgery. Vol. 10, Heft 2, 1912.)

Eine ausführliche Studie, die nichts Neues bringt; in der Lorenzschen Klinik wurden von 572 unblutig reponierten Hüften bis zum Jahre 1905 362 vollständig geheilt, also 63,3%.

Klar-München.

43) **Böcker** (Berlin.) Ueber eine seltene Spätkomplikation nach unblutig eingerenkter, angeborener Hüftverrenkung. (Archiv f. Orthopädie etc. Bd. XI. H. 4.)

5 Jahre nach einer unblutig eingerenkten Hüftluxation zeigten sich bei dem Kinde, das bis dahin gut gegangen war, Bewegungsstörungen und Schmerzen in der Hüfte. Der antevertierte Kopf steht prominent in der Leistenbeuge, lässt sich jedoch bei Innenrotation nicht zum Verschwinden bringen, dagegen verschwindet der Kopf bei Flexion von 45° unter knackendem Geräusch in der Leistenbeuge und kehrt bei Streckung unter Schmerzen wieder. B. fasst das Krankheitsbild als eine willkürliche, d. h. jederzeit durch willkürliche Muskelbeweguug erzeugbare Reluxation nach oben auf, welche durch eine Deformierung des Kopfes und der Pfanne, sowie durch Anteversion des Halses bezw. Antetorsion des Schaftes bedingt ist.

Therapie: Streckgipsverband 6 Wochen in Innenrotation beendigt die Beschwerden, hat jedoch auf die Deformierung des Kopfes etc. keinen Einfluss. **Meyer**-Lübeck.

44) **Bankart.** Treatment of congenital dislocation of the hip. (The Brit. med. Journ. 17. V. 13, p. 1041).

V. empfiehlt die nach Ridlon modifizierte Reduktion der Hüfte



durch Ueberführen des Femurkopfes über den unteren (niedrigsten) Pfannenrand (statt über den hinteren Rand nach Lorenz), was sehr leicht gelingt. Alle Muskeln, besonders die Adduktoren sollen geschont werden, da dieses der Nachbehandlung zu gute kommt. Bei dieser Methode fallen die Gefahr der Muskelzerreissung, Shock, Lähmung, Frakturen dahin, der günstige Zeitraum für die Operation ist ausgedehnt, es besteht keine Altersgrenze. Die Nachbehandlung deckt sich im Allgemeinen mit der von Lorenz angegebenen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

45) **Lance.** A partir de quel âge peut on entreprendre le traitement de la luxation congénitale de la hanche? (Gaz. des hop. 86. année Nr. 23, p. 359.)

Verf. ist der Ueberzeugung, dass eine kongenitale Hüftgelenksluxation, sobald sie nur konstatiert wird, zu reduzieren ist, sogar beim Säugling, da nur der Arzt und die pflegende Umgebung vielleicht etwas mehr Mühe haben und mehr Sorgfalt verwenden müssen, die Reduktion und Erhaltung der guten Stellung aber eine viel mühelosere und dankbarere beim ganz jungen Kinde ist.

Spitzer-Manhold-Zürich.

46) **Horvath M.** Ueber die nach Reposition von kongenitaler Hüftgelenkluxationen entstandenen Oberschenkeldeformitäten. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 84. Bd., 1. H., p. 27.)

Die Erfahrungen der letzten Zeit haben erwiesen, dass auch bei völlig gelungener Reposition sich nachträglich Störungen einstellen, die eine schwere Beeinträchtigung des funktionellen Erfolges bilden können. H. kommt vor allem auf die Coxa vara zu sprechen, die er nach 279 Repositionen 23mal vorfand. Er hält diese Veränderung für eine Belastungsdeformität, bei der die postrepositionelle Knochenatrophie, die besonders bei älteren Kindern als Folge des grösseren Traumas stark ist, eine wesentliche Rolle spielt. Verf. fasst daher seine Erfahrungen in folgenden 4 Sätzen zusammen:

1) Die Reposition soll möglichst im 2.—3. Lebensjahre vorgenommen werden.
2) Bei älteren Kindern soll das Repositionstrauma möglichst gering gemacht werden.
3) Bei älteren Kindern ist durch häufigen Verbandswechsel das Minimum der Fixationszeit zu bestimmen, um keine allzu starke Gelenkstarre zustande kommen zu lassen.
4) Auch während der Nachbehandlung sind gewaltsame Eingriffe zu vermeiden. **Baisch**-Heidelberg.



47) **Roux.** Luxation de la hanche. Résultats éloignés. (Rev. méd. de la Suisse romande 33. année, Nr. 1, p. 1.)

Verf. berichtet über 17 traumatische Fälle von Hüftluxation und empfiehlt zur Einrenkung das „Schaufelmanöver“: der narkotisierte Patient liegt auf einer Matratze rücklings auf dem Boden. Der Operateur ergreift das kranke Bein an Tibiakopf und Knöchel. Indem er den Oberschenkel des Kranken flektiert, um den Femurkopf zu befreien, drückt er das eigene Knie auf das des Patienten und benutzt den Unterschenkel des Kranken wie den Griff einer Schaufel, um eine schwere Schaufellast zu heben. Die Kraft, die dabei ausgeübt wird, ist eine sehr grosse. Mit einer posttraumatischen deformierenden Arthritis muss immer gerechnet werden. Das beste Mittel, sie zu verhüten, ist eine längere Nachbehandlung, als sie meist der Kranke wünscht. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

48) **Ridlon, John** und **Thomas Henry B.** Absence of the bony femoral heads and necks. (The American journal of orthopedic sugery. Vol. 10, Heft 2, 1912.)

Ein rachitisches Mädchen von 2 Jahren hatte bei kongenitaler Hüftluxation beiderseits keinen Schenkelhals und keinen Schenkelkopf; nach etwas mehr als einem Jahr hatte sich an normaler Stelle im Gelenk ein normaler Kopf und ein normaler Hals rechts gebildet, während links die Missbildung weiterbestand. Bei einem anderen, 7 ½ jährigen rachitischen Mädchen fehlten beiderseits Kopf und Hals vollständig, nach 4 Jahren aber hatten sich beiderseits schwache Köpfe und Schenkelhälse gebildet. **Klar**-München.

49) **Horand et Coudray**. Hanche à ressort. (Gaz. des hop. 86. année. Nr. 20, p. 309).

Verff. teilen zwei Fälle aus ihrer Praxis mit, wo die schnellende Hüfte durch verschiedene andere pathologische Verhältnisse kompliziert, resp. hervorgebracht war. Im einen Fall hatte die Patientin links eine Kinderlähmung der unteren Extremität durchgemacht, daher schlaffe Kapsel und Bänder behalten, der Trochanter major war rauh (wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs, da sich auch Lungensymptome fanden; tuberkulöser Rheumatismus von Poncet) die Sehne des Glut. max. war verdickt. Im anderen Fall hatte der Trochanter eine abnorme Form, und es bestand eine pathologische Luxation der Hüfte (nach eitriger fortgeleiteter Arthritis).

Spitzer-Manhold-Zürich.

50) **Morton.** The results of excision of the hip-joint in 34 cases of suppurating tuberculous disease. (The Brit. med. Journ. 1913, 15. II., p. 330.)



V. operiert erst, wenn die Eiterung im Hüftgelenk sicher vorhanden ist, reseziert den Femurkopf, trägt alles kranke Gewebe mit der Scheere ab. Er drainierte alle 34 Fälle, nach 2 Monaten war keine Exudation mehr, die Wunde heilte. Die Flexion bis zum rechten Winkel war möglich, die Lateralbewegungen beschränkt, die Verkürzung betrug 2—2½ Zoll. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

51) **Jackson.** Intrarectal rupture of suppurating sinus from hip joint disease. (Boston med. and surg. Journal. Vol. CLXVII Nr. 8, p. 242).

Die intrarektale Ruptur eines Eitersackes vom tuberkulösen Hüftgelenk her kommt selten vor, V. konnte einen solchen Fall beobachten. Eine Mischinfektion des Hüftgelenks ist zu befürchten, der Darm kann tuberkulös infiziert werden. Eine Rektalfistel muss angelegt werden. Es sind noch wenig brauchbare Methoden bekannt, um bei solchen Vorkommnissen Abhilfe zu schaffen.

Spitzer-Manhold-Zürich.

52) **Wheeler.** Cheilotomy for crippling traumatic arthritis of the hip-joint. (The Brit. med. Journ. 10. V. 13, p. 989.)

V. bezieht sich auf die gleichnamige Arbeit von Handley und Ball in derselben Zeitschrift, beansprucht für sich das Recht der Priorität dieser Operation und teilt seinen Fall mit. Es handelte sich um eine Patientin, die 9 Jahre lang Krüppel gewesen war infolge arthritischer Leiden, alle Behandlungsmethoden, auch die Vaccinetherapie, probiert hatte. Es wurde eine Lippenbildung an der Tibia, später eine am entgegengesetzten Hüftgelenk entfernt. Jetzt kann sie wieder frei gehen. Auch die Handgelenke sind besser geworden, seitdem der Gebrauch der Krücken dahinfällt. Der Fall ist allerdings nicht traumatischen Ursprungs.

Spitzer-Manhold-Zürich.

53) **Handley** and **Ball.** Cheilotomy: a function restoring operation in crippling traumatic arthritis of the hip-joints. (The Brit. med. Journ. 1913. 3. V. p. 929.)

Verff. empfehlen eine von ihnen als ersten (im Januar 1913) ausgeführte Operation bei traumatischer uniartikulärer chronisch-hypertrophierender Arthritis des Hüftgelenks. Durch stereoskopische Radiogramme wurden in beiden Fällen lippenförmige Bildungen um den Femurkopf, die Bewegungen hinderten und in einem Falle unerträgliche ischiadische Schmerzen hervorriefen, konstatiert. Das Hüftgelenk wurde eröffnet, die halbmondförmige Knochenbildung, soweit sie zugänglich war, entfernt. Das gleiche transartikuläre Vorgehen eignet sich auch für andere Gelenke. Verff. schlagen vor, die

Operation Cheilotomie (χεῖλος = die Lippe) zu nennen. In Fällen, wo das konstitutionelle oder toxische Element der Osteoarthritis überwiegt, ist diese Operation natürlich nicht am Platz, dort probiere man die allgemeine Arthritisbehandlung, ev. Vaccinetherapie. Die Resultate der beiden Fälle der Verff. waren überaus befriedigend. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

54) **Vulpius.** Ueber die Arthrodese des Hüftgelenks. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1911.)

Die Indikation der Arthrodese des einen Hüftgelenks besteht bei Lähmung beider Hüftgelenke. V. hat an einer Reihe von Fällen gute Erfahrungen mit einer Methode gemacht, die wesentlich einfacher und weniger eingreifend ist als das Verfahren Dollingers, welch letzteres in einer Bolzung des Schenkelhalses und -kopfes vom Trochanter her und Sicherung der zur Bolzung verwendeten Schraube mit einer Schraubenmutter im Becken besteht. Vulpius geht folgendermassen vor: Langenbeckscher Resektionsschnitt, Freilegung und Spaltung der Gelenkkapsel bis zum Acetabulum, Durchtrennung des ligamentum teres unter Adduktion des Beins. Lösung des Kapselansatzes am Schenkelhals, danach Luxation des Kopfes, Entfernung des Knorpelüberzugs von Kopf und Pfanne. Die von Mencière empfohlene Betupfung der Knorpelwundflächen mit konzentrierter Karbolsäure und Spülung mit absolutem Alkohol hält V. für entbehrlich, wenn man gründlich angefrischt hat. Nach Reposition des Kopfes folgt die Etagennaht der Kapsel, der Muskulatur, der Faszie und der Haut. Gipsverband um das ganze Bein und um den Rumpf bis zum Rippenbogen während 3 bis 4 Monaten. Da manchmal Neigung zu Adduktions- und Innenrotationskontraktur besteht, ist Eingipsung in leichter Abduktion und Aussenrotation zu empfehlen. Es tritt fast ausnahmslos feste fibröse oder sogar knöcherne Ankylose ein, Elevation des Beins ist gut durch Beckenflexion und mit Hilfe der Bauchmuskeln möglich, beim Gehen wird das Bein langsam nach vorn gehoben, anstatt, wie früher, geschleudert zu werden. Klar-München.

55) **Lance.** Un cas de coxa valga subluxans congénitale. (Revue d'orthopédie 24. année Nr. 1, p. 76).

Verf. teilt eine Beobachtung von subluxierter coxa valga mit, die in kein klassisches schon bekanntes Schema hineinpasst. Es handelt sich um einen 13 jährigen Knaben, einziges Kind gesunder Eltern, der in Beckenendlage zur Welt kam. Die Geburt ging sehr rasch vor sich, als die Hebamme kam, war das rechte Knie schon entwickelt, sie vollendete die Geburt durch starken Zug am linken



Bein. Das Kind war nie rachitisch; hinkte von klein auf. Die ganze linke Körperhälfte ist hypoplastisch, der Arm um 1 cm kürzer als der gesunde, das Bein um 2 cm. Das Becken ist schief-oval, links kleiner als rechts. Es besteht links eine Subluxation des Femurkopfes nach aussen, der Schenkelhals ist verlängert (sonst bei coxa valga immer verkürzt), es besteht keine Abduktion wie sonst bei coxa valga), nur geringe Aussenrotation. Das Bild ist so zu erklären, dass bei angeborener linksseitiger Hypoplasie durch den starken Zug am linken Bein während der Geburt eine Schenkelhalsfraktur eingetreten ist, die zu einer coxa valga mit verlängertem Schenkelhals geführt hat.

Spitzer-Manhold-Zürich.

56) **Judet.** La coxa vara, ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. (Revue d'orthopéd. 24. année Nr. 1 p. 55.)

Verf. teilt 4 neue eigene Beobachtungen über coxa vara mit, drei nach Trauma, eine essentielle. Die Hauptsache ist lange Bettruhe, wie Beobachtung 1 zeigt: die Diagnose war nach dem Fall sofort richtig gestellt worden, das Bein wurde extendiert (nach Immobilisation) und mit Gewichten belastet. Erst am 70. Tage fing man mit Gehversuchen an. Die Heilung war infolgedessen eine sehr gute, ohne falsche Stellung, ohne Verkürzung. Bei den 3 traumatischen Fällen handelte es sich um gesunde, blühende Kinder zwischen 11—14½ Jahren. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

57) **Sever.** Coxa vara: some observations on this conditions with especial reference to the question of spontaneous recovery from this deformity. (The Boston med. and surg. Journal. Vol. CLXVIII, Nr. 14, p. 495.)

V. teilt 9 eigene Fälle rachitischer coxa vara mit. Meist gehen daneben noch andere Knochenverkrümmungen einher. V. fand, dass der Zustand keine besondere Behandlung erheischt, auch kein Aussetzen der Extremitätenfunktion und des Tragens des Körpergewichts. Es besteht die Tendenz zu spontaner Heilung und zu Herstellung des normalen Winkels des Femurhalses. Eine doppelte Pflasterspica, die die Beine in voller Abduktion hält, genügt.

Spitzer-Manhold-Zürich.

58) **O. Roth.** Der Schenkelhalsbruch und die isolierten Brüche des Trochanter major u. minor. (Ergebn. d. Chir. und Orth. Bd. VI, p. 109.)

Als Einteilung der Schenkelhalsbrüche wird vom Verf. die alte Kochersche als beste vorgeschlagen.



1) Fractura supcapitalis, fast immer intrakapsulär,
2) Fractura intertrochanterica,
3) Fractura pertrochanterica,
4) kombinierte Frakturen.

Zustande kommen die Brüche meist durch direkten Fall auf die Trochantergegend, seltener durch Stoss von unten. Die Frakt. pertrochanterica entsteht durch Hyperextension im Hüftgelenk. Bezüglich der Prognose, die schon quoad vitam ungünstig ist, haben die Erfahrungen der neueren Zeit dargetan, dass bei nicht eingekeilten subkapitalen Frakturen die knöcherne Heilung in der Regel ausbleibt, bei den intertrochanteren gewöhnlich, wenn auch sehr langsam erfolgt, bei den eingekeilten die Regel ist. Deformation folgt oft lange nach der Heilung noch nach. In der Behandlung ist der Bardenheuerschen Extensionsmethode der Vorzug gegeben. Von Fr. König wird die primäre Naht der subkapitalen Frakturen empfohlen. Zum Schluss folgt eine kurze Besprechung der isolierten Frakturen des Trochanter major u. minor und ihrer Symptome.

Baisch-Heidelberg.

59) **Whithman.** The abduction treatment of fracture of the neck of the femur. (The Lancet. 14. VI. 13. p. 1649.)

Bei der gewöhnlichen Behandlung von Schenkelhalsfraktur bleibt nach eingetretener Konsolidation ein gewisser Grad von Beschränkung bei der Abduktion zurück. V. schlägt deshalb vor, bei den Einkeilungsfrakturen mit geringer Dislokation von vornherein in Narkose eine starke Abduktionsstellung herbeizuführen. Der Grad der Abduktion wird dadurch bestimmt, dass der Schenkelhals in Narkose den oberen Rand der Pfanne berühren muss; die Grösse der Exkursion hängt von der traumatischen Deformierung des Schenkelhalses ab. Ein Gipsverband fixiert nur die kranke Seite für 8—12 Wochen. Die Gehversuche sollen möglichst lange hinausgeschoben werden, damit die kranke Seite lange unbelastet bleibt.

Spitzer-Manhold-Zürich.

60) **Max Weichert** (Breslau). Lähmungen bei Extensionsbehandlung von Oberschenkelbrüchen. (Berl. klin. Woch. Nr. 2, 1913).

Häufige Peroneuslähmungen bei Heftpflasterextensionsverbänden mit hohen Gewichten bei Oberschenkelbrüchen veranlassten W. zur Untersuchung dieser Verhältnisse. Da der N. cutan. sur. lat. mitbeteiligt war, musste die Schädigung oberhalb des Fibulaköpfchens sitzen, also den Ischiadikusstamm betreffen. Experimente ergeben, dass die hohen Gewichte namentlich bei Zug in gestreckter Lage



den Nerven durch Zerrung schädigen, während dies bei Lagerung des Beines in Zuppingerscher Semiflexion durch Entspannung des Ischiadikus vermieden wird, wobei die hohen Gewichte ohne Schaden vertragen werden. **Hohmann**-München.

61) **Turck.** The treatment of infected and ununited fracture of the shaft of the femur. (The New York med. Journ. Vol. XCVII. Nr. 26 p. 1333.)

V. berichtet über 4 Fälle komplizierter ungeheilter oder infizierter Oberschenkelbrüche, die in einem aufrechtstehenden Rahmen mit Sattel (um das Herabrutschen der Patienten zu vermeiden), mit Extension in Abduktion erfolgreich mit nur geringer Verkürzung des Beines behandelt wurden. V. lässt bis zu 1 Jahr Bettruhe einhalten, um eine sekundäre Verbiegung des Femur durch das Körpergewicht zu vermeiden. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

62) **Kent.** A case of subperiosteal lipoma of the femur (Brit. med. Journ. 1913, 1. III, p. 444.)

Bei einem 41 jährigen Chinesen bestand eine enorme Geschwulst, die den ganzen Oberschenkel einnahm (Abbildung), schon seit 7 Jahren vorhanden und mehrmals punktiert worden war. Es handelte sich um ein lobuläres Lipom von solider Konsistenz, nur die Partien, die punktiert worden waren, zeigten Erweichung. Das Gewicht der entfernten Geschwulst betrug 60 englische Pfund. Die Loslösung war sehr schwierig, da das Lipom subperiostalen Sitz hatte und sehr fest an der Unterlage haftete. Leider starb der Patient in der Narkose. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

63) **Jouon.** Décollement épiphysaire supérieur du femur reconnu et rèduit trois semaines aprés l'accident (Revue d'orthopéd. 24. année Nr. 1 p. 65).

Bei einem 14 jährigen Knaben (typisches Alter einer Epiphysenlösung!) trat nach einfachem Umfallen eine erst nach 3 Wochen erkannte und entsprechend behandelte Oberschenkelfraktur ein. Einige Tage vor dem Unfall waren Schmerzen im Knie der betreffenden Seite aufgetreten; diese haben wohl keinen anderen Zusammenhang mit der Epiphysenlösung am Femurkopf, als dass sie den Ausdruck der Schwäche der Extremität, eine Prädisposition zum Fall, bilden. Die Reduktion konnte ohne Schwierigkeiten in Narkose gemacht werden, Fixation in Abduktion-Extension und Innenrotation. Der Gipsverband blieb 30 Tage liegen, danach blieb der Patient zur Vorsicht, um einer sekundären Verbiegung des Schenkelhalses vorzubeugen, noch 30 Tage im Bett. Das Resultat ist ein sehr befriedigendes, sowohl was die Konsolidation ohne Formveränderung,



als auch die Funktion anbetrifft. Patient muss vermeiden, viel zu stehen, damit sich keine sekundäre coxa vara ausbildet.

Spitzer-Manhold-Zürich.

64) **Binney and Lund.** Report of eighteen cases of separation of the lower femoral epiphysis at the Boston city hospital. (The Boston med. and surg. Journ. CLXIX. Nr. 2. p. 49.)

Aus der Behandlung ihrer 18 Fälle von Epiphysenlösung am unteren Femurende ziehen Verf. folgende Schlüsse: so früh wie möglich muss energisch reduziert und fixiert werden. Eine ständige Kontrolle der Fraktur im Verband mit Röntgenstrahlen ist unerlässlich. Bei komplizierten Fällen oder solchen, wo Immobilisation in Flexion durch einfache Verbände nicht erreicht werden kann, muss man sich der Nagelung oder der Platten bedienen. Diese sollen nicht später als in der 3. Woche, sobald die Vereinigung des Knochens begonnen hat, entfernt werden, um das Knochenwachstum nicht zu stören. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

65) **Janaszek.** Risse der Quadricepssehne und des Ligamentum patellae proprium. (Diss. Breslau, 1912.)

J. konnte 49 Rupturen der Sehnen des Knie-Streckenapparates aus der Literatur der letzten neun Jahre zusammenstellen, und zwar betrafen 37 davon die Quadricepssehne und 12 das Ligamentum patellae proprium. Diesen fügt er noch drei weitere Fälle aus der Breslauer chirurgischen Klinik hinzu, zwei von Quadricepssehnenrupturen und einen Fall von Verletzung des Ligamentum patellae.

Auf Grund des Studiums dieser 52 Fälle kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Risse des sehnigen Streckapparates am Kniegelenk kommen fast ausschliesslich durch indirekte Gewalteinwirkung zustande. Direkt entstehen sie selten.

2. Der Sitz der Ruptur kann oberhalb, unterhalb oder in der Höhe der Patella sein. Für den Sitz der Ruptur können pathologische Veränderungen in den Sehnen bestimmend sein. Bei einem Teil der Verletzungen kann vielleicht für den Sitz die Theorie von Walz massgebend sein.

3. Die Diagnose der Verletzung lässt sich aus den Angaben des Patienten und dem objektiven Befund meist ohne allzu grosse Schwierigkeiten stellen.

4. Die operative Behandlung der Verletzung ist der konservativen vorzuziehen. Durch die Operation wird eine genaue Vereinigung der Rissenden ermöglicht. Dadurch werden die Resultate besser und die Heilungsdauer abgekürzt. **Blencke**-Magdeburg.



66) **Straub.** Ein Beitrag zur kongenitalen Patellarluxation (Diss. München, 1912.)

Auf Grund dreier Krankengeschichten von Kniescheibenverrenkung aus dem Mülheimer städtischen Krankenhause, die der Anamnese und dem Untersuchungsmodus nach zu den angeborenen zu zählen sind, stellt sich St. auf die Seite der Autoren, welche die kongenitale Luxation der Patella als durch Störung in der Keimanlage bedingt ansehen, zumal da diese Ansicht allein zu einer einheitlichen Erklärung für diese in den einzelnen Symptomen variierende Deformität führt. In den bisher veröffentlichten Fällen findet sich nach St. kein Anhaltspunkt, der als stichhaltiger Gegenbeweis dienen könnte, während andererseits aber das gleichzeitige Auftreten anderer originärer Gelenkanomalien, die Vergesellschaftung mit Missbildungen und die öfters nachgewiesene Heredität sehr für eine fehlerhafte Keimanlage spricht. **Blencke**-Magdeburg.

67) **Quénu et Gatellier.** Revue sur le traitement des fractures anciennes de la rotule. (Rev. de chir. 33e année, Nr. 8, p. 173.)

V. erzielten ermunternde Resultate bei operativer Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche mittels autoplastischer oder osteosynthetischer Methoden (alte Fälle von Verletzung vor 9 Jahren, 8 und $5^1/_2$ Monaten). Ebenso berichtet die Literatur über günstige Ergebnisse, und wenn bei manchen frischen Patellarbrüchen eine operative Behandlung ausnahmsweise kontraindiziert ist, so ist sie bei den veralteten Brüchen immer anzuraten. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

68) **Penhallon.** An unusual case of fracture of the patella (treated by immobilization). (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXIX, Nr. 3, p. 90)

Ein 60jähriger war aufs Knie gefallen, den ganzen Tag noch herumgegangen. Das Knie schwoll stark an und schmerzte. Die Kniescheibe zeigte keine Konturveränderungen. Das Knie konnte in fast normalen Grenzen gebeugt und gestreckt werden. In der Mitte der Patella sah man eine leichte horizontale Delle. Das Röntgenbild ergab eine Fraktur durchs Zentrum der Kniescheibe ohne Trennung der Fragmente. Die Therapie bestand in Immobilisierung durch Gipsverband vom Fussgelenk bis Oberschenkelmitte für 3 Wochen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

69) **Russel.** A case of vertical fracture of the patella and Charcots disease. (The Lancet 1912. 14. XII, p. 1649.)

Bei einem Mann traten öfters schmerzlose starke Gelenkschwellungen (an Knie und Knöchel) auf, die auch wieder verschwanden.



Oefters kamen plötzliche Schmerzen in den Beinen und Gürtelgefühl. Es handelte sich um die Charcot'sche Krankheit. Zufällig wurde eine Vertikalfraktur der linken Kniescheibe entdeckt, die Pat. nie beachtet hatte. Bei Bewegungen des Knies klafften die beiden ungleichen Teile etwa 3 Finger breit auseinander. Ein Knirschen war im Kniegelenk zu hören, die Knochen zeigten beginnende Atrophie, der Patellarreflex war verloren, die Kontrolle über die Gelenkbewegungen begann zu schwinden. Der unsichere Gang war dem fehlerhaften Gelenkzustand und nicht etwa einer Tabes zuzuschreiben. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

70) **Müller.** Ueber penetrierende Kniegelenkwunden. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, H. 2, p 398.)

Verf. berichtet über Therapie und Heilungserfolg von 33 penetrierenden Kniegelenkswunden, welche im Urbankrankenhaus in Berlin während 22 Jahren zur Behandlung kamen. Während die durch scharfe Gewalt erzeugten Wunden ohne ausgedehnte Weichteilsverletzungen bei rechtzeitiger Behandlung ein günstiges Resultat lieferten, erwiesen sich die durch stumpfe Gewalt entstandenen Wunden als schwere Verletzungen, welche teils zu Ankylosen und Amputationen, teils zum Tode führten. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

71) **Sholmaker.** Infected Knee joint. (The New-York med. Journ. Vol. XCVII Nr. 1, p. 25).

V. teilt zwei Fälle von Kniedrainage mit, die ohne Ankylose ausheilten und widerspricht Murphy in Chikago, der behauptet, jedes grössere Gelenk, das längere Zeit der Luft ausgesetzt würde, ankylosiere infolge Zerstörung der feinsten Endothelialzellen. Im einen Fall des V. war das Gelenk (nach Trauma) 6—8 Stunden der Luft ausgesetzt gewesen, war infiziert worden, eiterte, wurde drainiert und heilte doch mit guter Funktion.

Spitzer-Manhold-Zürich.

72) **May.** Ueber das Endresultat radikal operierter Kniegelenkstuberkulosen bei Erwachsenen. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 122, H. 3—4, p. 171.)

Im Anschluss an die Arbeit von Brandes über das Endresultat radikal operierter Kniegelenkstuberkulosen im Kindesalter hat Verf. bei den Erwachsenen eine Nachuntersuchung der von 1898 bis 1907 in der Kieler Klinik wegen Kniegelenkstuberkulose ausgeführten Radikaloperationen vorgenommen und gibt in acht Tabellen einen Ueberblick über ihre Erfolge. Als Endresultat aller Kniegelenksresektionen erhält Verf. 75,3 % gute, 24,7 % schlechte Resultate.

Spitzer-Manhold-Zürich.



73) **E. Comisso.** Le deformità consecutive alla tubercolosi del ginocchio. (Archivio di ortopedia 1913 fasc. 1.)

Untersuchung einiger Fälle. Verf. zeigt, dass die Ursache der die Tuberkulose des Kniegelenks begleitenden Dislokation in der einseitigen Wirkung des Biceps femoris oder des Tensors der Fascia lata und in der Insuffizienz des Quadriceps femoris und des Bänderapparates liegt. Daher empfiehlt er Tenotomien und Muskelplastiken.

Buccheri-Palermo.

74) **Vulpius.** Zur Behandlung der inneren Verletzungen des Kniegelenks. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1913.)

Bei den meisten Kniegelenken, die ein „Dérangement interne“ erlitten haben, handelt es sich um einen partiellen Abriss des Meniscus internus auf der Höhe seiner Konvexität. Unmittelbar nach dem Trauma muss der Meniskus durch geeignete Manipulationen reponiert werden; während seiner Ruhigstellung kann er in 5—6 Wochen wieder anheilen; das Kniegelenk braucht während dieser Zeit nur versteift zu werden, der Pat. kann dabei seinem Beruf nachgehen. Bleiben aber danach noch Beschwerden wie Einklemmungserscheinungen, sich wiederholende Ergüsse oder Insuffizienzgefühl zurück, so muss man operativ eingreifen: Der Meniskus muss entweder exstirpiert oder wieder an seiner normalen Anheftungsstelle befestigt werden, je nach dem Befund. Bei den Fällen, die eine erhebliche Dislokation des abgerissenen Meniskus nicht annehmen lassen, wendet V. ein einfacheres Verfahren an: Mit einer feinen Injektionsnadel spritzt er, in schräger Richtung vorsichtig zwischen Meniskus und Tibia einstechend, an die Stelle der grössten Druckempfindlichkeit einige Tropfen absoluten Alkohols ein, und zwar so, dass ein Teil der Flüssigkeit in den Meniskus und in das Gewebe der Kapsel deponiert wird. Unmittelbar danach wird das Gelenk mittelst des Wollenbergschen Apparats mit Sauerstoff stark aufgebläht, indem die Nadel von aussen her unter die Patella eingestochen wird; leichter Stärkebindenverband, verstärkt durch einige Zinkstreifen, für 6—8 Tage; danach meistens nochmalige Wiederholung der Einspritzung; im Ganzen wird das Gelenk 3 Wochen lang ruhiggestellt, während dieser Zeit regelmässige Uebung des m. quadriceps durch den Patienten (im Verband!) und elektrische Reizungen des Muskels, um seiner Atrophie vorzubeugen. Durch die Sauerstoffeinblasungen soll der Meniskus aus dem Gelenkinneren hinausgedrängt und an seine normale Insertionsstelle angepresst werden, während die Alkoholinjektionen einen entzündlichen Reiz ausüben, der durch Verklebung und Narbenzug den Meniskus in seinem

ursprünglichen Bett wieder fixiert. Nach der Verbandperiode Massage und Gymnastik, eine elastische Kniekappe wird mehrere Monate lang getragen. V. empfiehlt, dieses Verfahren anzuwenden, bevor man die Gelenkeröffnung vornimmt. Klar-München.

75) **Goetjes.** Ueber Verletzungen der Ligamenta cruciata des Kniegelenks. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123, H. 3 u. 4, p. 221.)

Verf. stellt aus der Literatur 23 Fälle von Verletzung der ligg. cruciata des Kniegelenks zusammen und fügt 7 eigene Beobachtungen hinzu. Die operative Therapie ist in allen frischen und veralteten Fällen anzuraten, in denen eine Funktionsstörung vorliegt oder deren Eintritt zu befürchten ist, und in denen die Diagnose „Kreuzbänderverletzung" klinisch oder radiologisch sicher gestellt worden ist. Ist dieses nicht der Fall, so kann man in frischen Fällen eine konservative Therapie ergreifen, ist die Funktionsstörung in chronischen unsicheren Fällen eine starke, so kann eine Probearthrotomie ohne Gefahr für den Patienten vorgenommen werden. Wird ein abgesprengtes hinderliches Knochen- oder Knorpelstück entfernt, so muss das entsprechende damit zusammenhängende Bandbündel befestigt werden, da sonst der Stabilität des Kniegelenks Abbruch getan wird. **Spitzer-Manhold**, Zürich.

76) **E. Schwarz.** Die Verschmälerung des Kniegelenkspaltes bei vollständiger Verlagerung des Meniskus. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. Bd. 84, 3. H., p. 537.)

Bei Meniskusverletzungen lässt das Röntgenbild häufig im Stich, selbst die Sauerstoffeinblasung in das Gelenk gibt nur unter bestimmten Voraussetzungen typische Bilder. Verf. macht nun auf eine Verschmälerung des Gelenkspaltes auf der Seite der Meniskusverletzung unter gleichzeitiger leichter Subluxation der Tibia im ventro-dorsalen Röntgenbild aufmerksam, die er in drei Fällen beobachten konnte. In allen drei Fällen war der mediale Meniskus in seiner ganzen Zirkumferenz von der Kapsel abgerissen und in die Fossa intercondyloidea verlagert, wie durch die Operation festgestellt wurde. Bei teilweisen Abreissungen kann der Röntgenbefund natürlich nicht zustande kommen. **Baisch**-Heidelberg.

77) **Allison.** The operative treatment of knee derangement. (The American journal of orthopedic surgery, Vol. 9. Heft 3, 1912.)

A. rät bei inneren Kniegelenkverletzungen dringend von der allzu langen Ausdehnung der konservativen Behandlung, insbesondere von der mit Bandagen, ab und empfiehlt die Oeffnung des Gelenks



zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Bericht über vier Beispiele, deren Geschichte keine Besonderheit darbietet.

Klar-München.

78) **Cramer** (Cöln a. Rh.). Ein blutig operativ mobilisiertes Kniegelenk. (Archiv f. Orthopädie etc. Bd. XI. H. 4.)

25jähr. Mädchen mit doppelseitiger Knieankylose nach Gelenkrheumatismus. Die Operation wurde in der Weise vorgenommen, dass lateral ein etwa 20 cm langer Schnitt gemacht wurde. Lösung der Weichteile. Abtragung einer 2 cm breiten Knochenscheibe vom Oberschenkel mit einer bogenförmigen, nach unten convexen Fläche. Am oberen Tibiaende werden den normalen ähnliche Verhältnisse geschaffen. Sorgfältige Entfernung alles krankhaften Gewebes. Interposition eines etwa 25 cm langen, ca. 6—7 cm breiten Lappens von der Oberschenkelfascie mit Fett. Der Stiel befindet sich einige Zentimeter oberhalb der neuen Kniegelenkslinie. Fixation der Lappen am Periost. Exakte Naht des subkutanen Fettgewebes und der Haut. Vom 3. Tage ab passive Uebungen. Es bildet sich ein Haematom, das punktiert wurde. C. meint, dass dieses hätte vermieden werden können, wenn er unterbunden bezw. drainiert hätte. Trotz Uebungen werden die Bewegungen geringer, da die Patella am Femur adhärent wurde. Deshalb Lösung der Verwachsungen und Interposition eines Fascienlappens durch freie Transplantation. Die zweite Operation wäre überflüssig gewesen, wenn C. gleich den ersten Lappen grösser genommen hätte. Nachbehandlung: Steile Lagerung des Oberschenkels auf Zuppingerscher Schiene, um eine Subluxation der Tibia nach hinten zu vermeiden. Damit tägliche Beuge- und Streckübungen, Massage, Heissluft. Später Schienenhülsenapparat. Sehr gutes Resultat. **Meyer**-Lübeck.

79) **Galeazzi** (Mailand.) Contributo alla cura chirurgica delle anchilosi gravi del ginocchio. (Società Lombard d. Scienze Mediche e Biologiche, 2 dic. 1912.)

Nach Betonung der Wichtigkeit der Frage über die Behandlung der sekundären Deformitäten zur Resektion des Kniegelenkes im jugendlichen Alter legt Redn. fest, welchen Bedingungen diese Behandlung, um rationell zu sein, zu entsprechen hat, und zeigt, dass diesem Zweck die bisher vorgeschlagenen Methoden schlecht genügen. Sodann erklärt er die Vorstellungen, die ihn zu seiner Methode der krummlinigen para-artikulären Osteotomie führten, beschreibt deren Technik und illustriert durch Projektion von Photographien und Radiographien einiger von ihm nach diesem Verfahren operierter Fälle die erzielten guten Resultate. **Buccheri**-Palermo.



80) **Bogoras.** Resectio extremitatis inferioris. (Das neue Prinzip in der Knieresektion bei ausgedehnter Gelenkaffektion). (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, H. 1, p. 284.)

An Stelle der Oberschenkelamputation bei malignen Tumoren und schwerer Kniegelenkstuberkulose empfiehlt Verf. die Resektion der Extremitätenteile in der ganzen Cirkumferenz der Gelenkregion, unter Erhaltung der Hauptgefässe und Nerven, welche gewöhnlich frei und leicht ausschälbar sind, und beschreibt die Technik dieser Operation, welche er zwei Mal bei Panarthritis tuberculosa ausführte. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

81) **Schwartz.** Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur. Résection du genou. Résultat au bout de dixhuit ans. Absence de récidive. Pseudarthrose. Marche très facile. (Revue d'orthopéd. 24. année Nr. 1 p. 71).

Ein damals 35jähriger Coiffeur wurde vor 18 Jahren wegen Verdacht einer tuberkulösen Osteoarthritis am linken Knie reseziert. Die Heilung ging ohne Zwischenfall von statten, das Knie blieb aber mobil. Die resezierten Femurkondylen zeigten weinheferote Herde, die sich mikroskopisch als Markzellentumoren erwiesen. Jetzt nach 18 Jahren ist kein Rezidiv vorgekommen, der Mann kann, trotzdem die Mobilität im Knie noch zugenommen hat (keinerlei knöcherne Verbindung, aber straffes Bindegewebe) mit einem kleinen Knieverband gehen und stundenlang bei seiner Berufsarbeit auf den Füssen sein. Die relative Gutartigkeit der Markzellentumoren ist bekannt. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

82) **Jung.** Beitrag zur Kenntnis der Luxatio genu congenita anterior. (Archiv f. Orthopädie etc. Bd. XI, Heft 1.)

Beschreibung eines Präparates, das von einem 13½ Monate alten Kinde stammte, bei dem ausserdem auch an anderen Gelenken eine ausgesprochene Schlaffheit der Gelenke bestand. Der Quadriceps ist sehr schwach und atrophisch, die Bizepssehne ist nach vorn verlagert und funktionierte als Ueberstrecker, die Semimuskeln sind nach hinten und die Gastrocnemiusursprungssehne nach aussen verlagert. Die Patella — auf dem Röntgenbild nicht nachweisbar — ist kaum ⅓ so gross wie die normale und liegt in reichliches Fettpolster eingebettet mit der Quadrizepssehne zwischen Femur und Haut. Der Unterschenkel bildet mit dem Oberschenkel einen nach aussen offenen Winkel von 145°. Die Tibia artikuliert nur mit der Vorderfläche der Femurkondylen und ist in ihrem oberen Drittel bogenförmig nach hinten gekrümmt. Gelenkkapsel hinten



stärker gespannt, in den vorderen und seitlichen Partien schlaffer. Die Ligg. alaria sind nicht darzustellen, das Lig. collaterale tibiae ist gut entwickelt, das Lig coll. fib. schwächer. Die Menisci sind klein und flach, das Lig. adiposum stark entwickelt, ebenso die Ligg. cruciata. Der Knorpelüberzug ist an zahlreichen Stellen atrophisch. **Meyer**-Lübeck.

83) **Rocher et Charrier.** Trois cas de subluxations méniscales internes de l'articulation du genou. (Gaz. des hop. 86. année Nr. 17, p. 261.)

Verff. publizieren aus ihrer Praxis drei Fälle von Subluxation des inneren Meniskus, die die erste Stufe der Luxation, eine Einklemmung des Meniskus zwischen Ober- und Unterschenkel, bildet. Diese Subluxationen können rezidivieren, durch bestimmte Bewegungen willkürlich hervorgebracht werden und müssen frühzeitig reponiert werden. Durch Wiederholung der Subluxation tritt eine schmerzhafte Verdickung des Meniskus ein, eine traumatische Meniscitis. Nach erfolgter Reduktion wurden die Patienten in gepolsterten Pappschienen immobilisiert, gegen das Hydarthros Thermotherapie, gegen Muskelatrophie faradischer Strom und Massage angewendet. Während der Rekonvaleszenz muss das Bein eingebunden, am besten eine elastische Kniekappe getragen werden. Gewöhnlich rechnet man 1½—2 Monate bis zur vollständigen Gebrauchsfähigkeit der Extremität. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

84) **Wachter.** Ueber einen seltenen Fall von kongenitaler Kniegelenksluxation. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123, H. 1—2, p. 190.)

Verf. beschreibt eine einseitige kongenitale Kniegelenksluxation, bestehend 1. in teilweiser Luxation des Unterschenkels nach aussen und hinten mit gleichzeitiger Aussenrotation um 45°, 2. in Aussentorsion des Crus um 45°, 3. in Pes plano-valgus mit Aussenrotation um ca. 30°. Die Geburt des sonst normalen Kindes erfolgte in unvollkommener Fusslage bei wenig Fruchtwasser; die Nabelschnur war dreimal um den Hals geschlungen. Der Foetus musste sich daher in einer Zwangslage befunden haben, und handelt es sich wohl um einen reinen Fall von intrauteriner Belastungsdeformität. Die Reposition der Luxation gelang leicht; der Plattfuss wurde redressiert; zur Beseitigung der Torsion bekam das Kind einen Hülsenapparat aus Zelluloid. **Spitzer-Manhold**, Zürich.

85) **Eduard Weisz** (Pöstyén). Eine einfache Schiene zur Streckung und Beugung des Kniegelenks. (D. med. Woch. Nr. 7, 1913.)



W. demonstriert eine einfache Schiene mit bügelförmig abgebogener Brücke, mit seiner bekannten Drahttechnik angefertigt, an deren Schenkel der Unterschenkel mit Gurten im Sinne der Beugung bezw. Streckung abwechselnd angezogen wird.

Hohmann-München.

86) **Wittek.** Zur operativen Behandlung der Tibiapseudarthrose. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 101, H. 3, p. 808.)

Verf. schildert ein neues Verfahren der Knochenbolzung, das er bei einer Pseudarthrose der Tibia mit gutem Erfolge ausgeführt. Nach Längsdurchtrennung des Periosts meisselte er aus der vorderen Tibiakante des peripheren Fragmentes einen ca. 10 cm langen Bolzen, der distal breit, sich nach oben verschmälerte und mit seiner Längsinnenseite in die Markhöhle reichte. Dieser Spahn wurde oben zentral in eine Hohlrinne, unten auf einer ausgeschlagenen Stufe fest eingekeilt und darüber das Periost vernäht. Die Konsolidierung erfolgte bereits am 37. Tage. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

87) **Rhodes.** Traumatic separation of the epiphyseal beak of the tibia. (New York med. Journ., 1912, 12. X, p. 743.)

Verf. teilt einen Fall von Abreissung des schnabelförmigen Fortsatzes an der Tuberositas tibiae bei einem 14 jährigen Mädchen mit, das vor 5 Monaten gefallen war, ohne angeblich das Knie anzuschlagen. Schmerz im Gelenk und Hinken hörten auf, das Kind wurde nun wegen einer harten, unbeweglichen, pflaumengrossen Geschwulst über der tub. tibiae eingeliefert. Das Röntgenbild zeigte ausser der Abreissung mit Verlagerung des abgerissenen Knochenstückes nach hinten eine Kalksalzinfiltration der Patellarsehne.

Spitzer-Manhold-Zürich.

88) **Hesse.** Zur Therapie des kongenitalen Fibuladefektes zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Epiphysenoperationen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122, H. 5—6, p. 478.)

Bei einem 9 jährigen Knaben bestand eine rechtsseitige Missbildung von Unterschenkel und Fuss als Folge eines totalen kongenitalen Fibuladefektes mit Fehlen von Metatarsus und Digitus III, IV und V, nebst Verkümmerung von Femur und Patella, sowie Spaltbildung des Hallux. Links fand sich eine v. Volkmannsche Sprunggelenksdeformität, ausgelöst durch Verkümmerung der Fibula, speziell des Malleolus externus, daneben Defekt von Metatarsus und Digitus V. Anschliessend an diesen Fall, bei welchem ohne Operation durch eine Prothese die Verkürzung des rechten Beines aufgehoben wurde, geht Verf. auf die Aetiologie und



Therapie der kongenitalen Defekte der Unterschenkelknochen ein und bespricht Vorzüge und Nachteile der operativen gegenüber den konservativen Methoden, unter Anführung eigener Tierversuche über Längsepiphysiotomien der Tibia. **Spitzer-Manhold**, Zürich.

89) **Wadham and Horsburgh.** A case of periosteal sarcoma of the fibula with unusually rapid though typical complications. (The Lancet 1913. 19. IV, p. 1092.)

Bei einem 20jährigen Dienstmädchen entwickelte sich unter Schmerzen im Laufe von 3 Monaten am linken Knie eine weiche, hühnereigrosse Geschwulst. Radiologisch: Tibiakopf vergrössert, Kontouren verstrichen, Knochenstückchen in der Mitte der Geschwulst. Diagnose: periostales Sarkom. Amputation. Pathologisch-mikroskopische Diagnose: Rund- und Spindelzellensarkom, das Muskeln zerstört hatte. Kein Rezidiv. Nie Gewichtsverlust. 6 Wochen später Schmerz in der linken Seite. Sonst Wohlbefinden, keine Abmagerung. 4 Wochen später Husten und Dyspnoe. Linke Brust unverschieblich. Herz verdrängt. Nach 11 Tagen Tod. Sektion: linke Lunge längs des Bronchialstammes voll Knorpelartiger Geschwülste, rechte Lunge auch Knoten enthaltend. Ganze linke Pleura übersät mit Knoten. Längs der v. saphena, femoralis, v. iliaca ect. und cava inf. steinharte Massen. Interessant an dem Fall: 1) die Malignität der Geschwulst, 2) die metastatische Verschleppung längs der Blutbahn, 3) Fehlen der Symptome bis kurz vor dem Tod, 4) enorme Geschwulstmassenbildung für die kurze Zeit (kaum 3 Monate), 5) die rasche Folge der Erkrankungsstadien.

Spitzer-Manhold-Zürich.

90) **Waibel, Carl.** Die Verletzungen und die traumatischen Erkrankungen der Zehen und ihre Begutachtungen in Unfallsachen. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1913.)

Die Ursachen der durch Unfälle hervorgerufenen Verletzungen und Erkrankungen der Zehen bestehen in Quetschungen der Weichteile, Knochen und Gelenke, oder in Geschwüren, Geschwülsten, Verstauchungen, Verrenkungen, Knochenbrüchen, seltener in thermischen Schädigungen in der Form von Erfrierung, Verbrennung, Verbrühung und noch seltener in chemischen Schädigungen: Verätzungen und Vergiftungen. Anatomische und funktionelle Störungen der Zehen, wie zum Beispiel Versteifungen, Lähmungen, Kontrakturen und falsche Stellungen treten nicht nur durch direkte Verletzungen der Zehen ein, sondern auch nach Verletzungen und traumatischen Erkrankungen der Weichteile, Knochen und Gelenke des Mittelfusses, der Fusswurzel und des Unterschenkels.



Die Folgen der Zehenverletzungen sind:

1. Länger andauernde oder öfters wiederkehrende schmerzhafte entzündliche Schwellung der Weichteile, des Periosts, der Knochen und der Gelenke der Zehen und der benachbarten Fussabschnitte mit Stauungserscheinungen.

2. Abmagerung (Atrophie) der Muskulatur der Zehenballen und des Unterschenkels, dann verschiedenartige Beschwielung der Zehenballen und der Ferse, ausserdem Störungen des Temperatursinns und der Sensibilität, sowie der Reflexe.

3. Altersgangrän, die aber auch durch Stiefeldruck oder unvorsichtiges Beschneiden der Hühneraugen und Zehennägel verursacht werden kann.

4. Nagelerkrankungen und Nagelbettentzündung.

5. Ungünstig gelegene Narben.

6. Entzündung von Hühneraugen nach Quetschungen: diese sind nur vorübergehend und haben daher nur geringe Bedeutung bei der Begutachtung von Unfallfolgen.

7. Teilweise oder völlige Versteifung einzelner oder sämtlicher Zehen; sind die Zehen in normaler Stellung versteift, so ist das von unwesentlicher Bedeutung für die Brauchbarkeit des Fusses, ist dagegen die Versteifung in starker Beuge- oder Seitenstellung erfolgt, so entstehen erhebliche Störungen der Steh- und Gehfähigkeit. Keinesfalls aber kann Steifheit der Zehen die schweren Folgen haben, wie die Versteifung der Finger.

8. Verkrüppelung der Zehen, wie Hallux valgus, Hammerzehe, Kontrakturen usw. Verkrüppelte Zehen sind störender als verunstaltete oder verkrümmte Finger, da sie Druckschmerzen und Gehbeschwerden verursachen können; sie sind daher nach Möglichkeit zu exartikulieren.

9. Teilweiser oder totaler Verlust einzelner Zehen. Nach eingetretener Gewöhnung ist nach Verlust einer oder zweier nebeneinanderliegender Zehen (nach ein bis zwei Jahren) keine Entschädigung mehr nötig, sofern die Köpfchen der Mittelfussknochen erhalten sind. Der Verlust der grossen Zehe wurde bisher noch zu hoch bewertet, da man fälschlicherweise annahm, dass die Grosszehe einen physiologischen Stützpunkt des Fusses bilde; das ist aber nicht der Fall, sondern nur das Mittelköpfchen dieser Zehe bildet einen Stützpunkt. Es sind Fälle bekannt, die nicht die geringste Einbusse im Gebrauch ihres Fusses und ihrer Erwerbsfähigkeit durch den Verlust der grossen Zehe erlitten haben. W. er-

wähnt sogar einen Fall, in dem ein Mann 2½ Jahre nach dem Verlust der grossen Zehe im Stabhochspringen den ersten Preis errang.

10. Teilweiser oder totaler Verlust sämtlicher Zehen. Dieser beeinträchtigt die ausgiebigere und ganz vollkommene Gebrauchsfähigkeit des Fusses erheblicher, wenn er auch früher häufig zu hoch entschädigt wurde. Bezüglich der Abschätzung der Erwerbsbeschränkung ist zu bemerken, dass es gleich ist, an welchem Fusse die Verletzung erfolgt ist. Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamts werden Zehenverluste oder Zehenverletzungen entschädigt wie folgt:

Verlust der Grosszehe oder einer anderen Zehe mit 10, 15, 20 Proz.; nach Gewöhnung keine Dauerrente.

Für den Verlust der Endglieder der grossen und zweiten Zehe 15%, später 0%.

Verlust der dritten, vierten und fünften Zehe und Steifheit der zweiten Zehe in den beiden ersten Gelenken 20%, keine Dauerrente; ebenso Steifheit sämtlicher Zehen und Abflachung des Fusses nach Mittelfussbruch.

Verlust der Grosszehe und zweiten Zehe 10%, später 0%.

Verlust der grossen und zweiten Zehe und der dritten bis fünften Zehe bis auf die Grundglieder 33⅓, später 10%.

Verlust der halben Grosszehe und der drei mittleren Zehen 20%, später 10%.

Verlust der zweiten Zehe, Hervorstehen der Grosszehe beim Auftreten nach der Streckseite 15, später 0%.

Verlust der zweiten bis fünften Zehe und in der Fusssohle hornartig verhärtete, sehr druckempfindliche Narbe bei einem landwirtschaftlichen Arbeiter 30%.

Leichte Versteifung, Verdickung und Verkürzung der rechten Grosszehe bei einem Tagelöhner: keine Entschädigung.

Versteifung sämtlicher Zehen in günstiger Stellung: keine Dauerrente.

Der Verlust sämtlicher Zehen ist nach Thiem mit 15 bis höchstens 20% zu bewerten, die früher gebräuchliche Entschädigung mit 33⅓% ist viel zu hoch. Klar-München.

91) **Goebel, W.,** Ersatz von Finger- und Zehenphalangen. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1913.)

Bei einem 16jährigen Arbeitsjungen, der seit sechs Jahren an langsam wachsenden Enchondromen der drei Phalangen des linken



Ringfingers litt, entfernte G., da die Exartikulation des Fingers nicht zugegeben wurde, von einem dorsalen, seitlichen Schnitt aus die am meisten erkrankte Grundphalanx ohne künstliche Blutleere. Der Defekt wurde sofort durch die gleich grosse Grundphalanx der linken zweiten Zehe ersetzt, die mit einem verhältnismässig grossen Kapselrest mit feinsten Katgutnähten eingepflanzt wurde. Ueber dem Ganzen wurden eng anschliessend die Streckaponeurose und die Haut durch Seidennähte sorgfältig vernäht. Der Defekt in der Zehe wurde in der gleichen Sitzung durch ein 4,5 cm langes Knorpelstück gedeckt, das aus der 6. Rippe entnommen wurde. Schon am Tage nach der Operation vorsichtige, systematische Bewegungen der linken Hand. Fünf Wochen später Entfernung der Enchondrome der anderen zwei Phalangen mit dem scharfen Löffel. Wiederaufnahme der Arbeit neun Wochen nach dem ersten Eingriff, keinerlei Störungen der Gebrauchsfähigkeit der Hand mehr. Der Finger ist nur ein klein wenig kürzer als normal, und die neue Phalanx etwas schlanker als die andern Grundphalangen. Das Implantat in der Zehe, das ebenfalls glatt einheilte, ist ein Jahr nach der Operation noch nicht verknöchert. G. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen funktionellen Inanspruchnahme für das Gelingen der Transplantation, da der funktionelle Reiz und die schnelle Herstellung der Ernährung die wichtigsten Vorbedingungen für die glatte Einheilung des Implantates sind. Klar-München.

92) **Momburg** (Bielefeld). Zur Frage der Stützpunkte des Fusses beim Gehen und Stehen. (D. med. Woch. Nr. 6, 1913.)

M. widerspricht der Bemerkung von Baisch im 3. Bd. der Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie in seiner Plattfussarbeit, dass die Frage der Fusstützpunkte durch die Seitzsche Arbeit endgültig geklärt sein dürfte. Er verweist auf seine Arbeit über den Gang des Menschen und die Fussgeschwulst, in der er es als „feststehend“ bezeichnet, dass die Köpfchen des 2. und 3. Metatarsus und der Kalkaneus die Hauptstützpunkte des Fusses beim Gehen und Stehen seien, während Seitz dem 1. und 5. Metatarsus neben dem Kalkaneus diese Rolle zuweist. Er ersucht um weitere Prüfung dieser Sache. **Hohmann**-München.

93) **Chaput.** Plusieurs cas de fractures rares du-cou-de pied. (Revue d'orthopédie 24. année Nr. 2, p 163).

Verf. teilt 6 Fälle seltener Fussgelenkfrakturen mit den Röntgenbildern, deren Deutung sehr schwierig ist, mit. Es handelt sich um Frakturen des hinteren Randes des äusseren Knöchels,



so dass der äussere Knöchel sehr verbreitert erscheint; klinisch fehlt das Symptom des Umkippens der Fibula, weil die vordere Hälfte des Knöchels nicht gebrochen ist. Komplikationen wie Talusluxationen, Fraktur des Navikulare kommen daneben vor. Diese Frakturen disponieren zu Versteifungen im Fussgelenk, zu Osteoarthritiden, die zu bedeutender Vergrösserung des äusseren Knöchels führen. Die Therapie ist wie die aller schweren Verletzungen im Fussgelenk.

Spitzer-Manhold-Zürich.

94) **Clermont.** Sur la disjonction tibio-péronière et la fractures du cou-de-pied. (Rev. de chir. 33. année Nr. 2 p. 143.)

V. sucht eine einfache Einteilung aufzustellen für die Brüche, bei denen es sich um ein Auseinanderklaffen von Schien- und Wadenbein und um Fussgelenksfrakturen handelt. Er unterscheidet: 1) Knöchelbrüche ohne Klaffen. 2) mit, ev. noch dazu Bruch des inneren Knöchels. 3) Fraktur des inneren Knöchels, Auseinanderweichen von Tibia und Fibula, Fraktur der Fibula in verschiedener Höhe. 4) Fraktur der Fibula und der Tibiadiaphyse, mit oder ohne Auseinanderweichen beider Unterschenkelknochen. Zur Veranschaulichung der einfachen Einteilung sind Röntgenbilder reproduziert.

Spitzer-Manhold-Zürich.

95) **Goebel.** Klinische Bemerkungen zur Luxation im Talo-navikulargelenk. (Archiv für Orthopädie etc. Band XI. Heft 1.)

Luxation des mit den Keilbeinen in Verbindung gebliebenen Kahnbeins nach oben infolge Sturzes aus dem 3. Stock auf den Fuss. Blutige Reposition erforderlich, da sich die Sehne des Tib. anticus unter die Tuberositas des Kahnbeins geschlungen hatte. Da Reluxation sofort eintrat, musste das Kahnbein mittels Nagel am Sprungbein fixiert werden. Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr zeigt sich beschwerdefreier Gang trotz Aufhebung von Pro- und Supination und trotz zahlreicher arthritischer Veränderungen in der ganzen Fusswurzel. **Meyer**-Lübeck.

96) **Soubeyran et Rives.** Fractures du calcanéum (fractures récentes). (Rev. de chir. 33. année Nr. 4 p. 429.)

Fast alle Fersenbeinfrakturen (wenn nicht durch direkte Gewalt verursacht) kommen durch Fall (selten freiwilligen Sprung) zustande. Es findet entweder eine Fraktur des hinteren Segments, des tuber calcanei, oder der posterosuperioren Ecke durch Zug der Achillessehne statt. Harter Boden begünstigt diese Fraktur. Starke Schwellung und Ekchymosen, Unmöglichkeit von Torsion des Fusses



sind die klinischen Symptome. Wenn Gehen möglich ist, so geschieht es in extremer Valgusstellung, die Fussspitze wird zum Auftreten nicht benutzt. Die unbehandelte Fraktur liefert eine sehr ungünstige Prognose. In den ersten 10 Tagen, bis die Weichteile abgeschwollen sind, soll der Fuss immobilisiert erhöht liegen, leichte Effleurage und warme Fussbäder, Kompressen sollen gemacht werden (bei geschlossener Fraktur, die keinen sofortigen operativen Eingriff erfordert). Dann erwäge man je nachdem, was von Symptomen hervortritt, eine Operation: Entfernen von Knochensplittern, Tarsektomie, Talotomie (bei starker Abflachung des Fussgewölbes), Fixation der Fragmente mit Draht, Naht der Achillessehne etc. Die Schmerzen können bestehen bleiben durch Ausbildung einer Arthritis, Nervenquetschung, trophische Störungen infolge eines wuchernden Kallus (bes. am äusseren Knöchel). Nach sicherer Röntgendiagnose muss dann durch eine zweite Operation das Hindernis entfernt werden. Lange Ruhe (ca. 60 Tage) sind bis zur Konsolidation erforderlich. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

97) **Meisenbach, Roland O.,** Pathogenesis of spur formation of the os calcis. (The American journal of orthopedic surgery Vol. 9, Heft 3, 1912.)

Bei 22 Fällen von Calcaneussporn fand M. als Ursache 8 mal Plattfuss, 4 mal Osteoarthritis, 2 mal infektiöse Arthritis, 1 mal Calcaneusfraktur, und Allgemeininfektionen: 2 mal Syphilis, 2 mal Gonorrhoe, 1 mal Typhus, 1 mal Phthisis, und 1 mal Coliinfektion. Nur 2 mal war Operation nötig, es wurde der Sporn „subcutan“ abgemeisselt. M. hält den Calcaneussporn für eine echte Knochenneubildung, nicht für Periostitis. **Klar**-München.

98) **Edmond.** Subacute osteïtis of the epiphysis of the calcis. (The Brit med. 1. III. 13 p. 443).

Verf. teilt die Beobachtung eines Falles subakuter Osteïtis am Fersenbein mit bei einem gutentwickelten 13jährigen Bauernknaben, der zur Krönung nach London gekommen und viel auf dem ungewohnten unebenen Pflaster herumgegangen war. Er bekam Schmerzen an der Ferse, eine Schwellung zu beiden Seiten der Achillessehne. Das Radiogramm zeigte eine unregelmässige Verknöcherung am tuber calcanei, eine abnorme Spalte zwischen Körper und tuber, letzteres war nach oben und hinten verlagert. Im unteren Teil der Achillessehne war Kalkablagerung zu sehen. Es handelte sich um eine subakute Osteïtis infolge Ueberanstrengung, die zur Trennung und Verlagerung des tuber calcanei (= Epiphyse) geführt hatte. Die



Therapie bestand in Anlegen eines schleuderartigen Verbandes, der über dem Fussgelenk befestigt wurde, dem Einlegen einer weichen Absatzplatte im Stiefel und äusserlich Befestigung eines Gummiabsatzes. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

99) **Natzler** (Heidelberg). Ueber Brüche des Sprungbeins. (Archiv f. Orthopädie etc, Bd. XI, H. 2—3.)

N. beschreibt auf Grund eigener Beobachtung von 6 Fällen an der Vulpius'schen Klinik die verschiedenartigen Bilder, die die Talusfrakturen hervorrufen können, von den einfachen Störungen, die mit einer Distorsion verwechselt werden bis zu den schwersten Schädigungen, die das Gehen fast völlig unmöglich machen.

In allen Fällen, wo nur der Verdacht einer Fraktur besteht, ist eine Röntgenuntersuchung unbedingt erforderlich. In frischen Fällen, wo keine Dislokation besteht, wird der Fuss in gut korrigierter Stellung im Gipsverband fixiert, bei dislozierten Brüchen wird man den Bardenheuerschen Extensionsverband anwenden. Gelingt die Reposition nicht, so ist blutig einzugreifen, um schwere Schädigungen zu verhüten. Auch in veralteten Fällen ist dieses mitunter notwendig, sonst beschränkt man sich mit Massage, Bäder, medico-mech. Uebungen. Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen, da sich trotz anfangs gutem Resultat später arthritische Veränderungen einstellen können. **Meyer**-Lübeck.

100) **Cones.** Fracture of the fifth metatarsal bone by inversion of the foot. (The Boston med. und surg. Journ., Vol. CLXVIII. Nr. 3, p. 90.)

Eine 50 jährige Frau von 167 englischen Pfund stolperte beim Spazierengehen auf einer Wiese über einen Grashöcker, der Fuss knickte um, das ganze Körpergewicht ruhte einen Augenblick auf der Aussenseite des Fusses. Sie verspürte starken Schmerz im Fuss, konnte aber weitergehen. Der V. Metatarsus war druckempfindlich. Das Röntgenbild zeigte eine Fraktur an seiner Basis. Der Mechanismus dieser Fraktur kommt häufig vor und wird oft verkannt. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

101) **Yonny.** Dislocation of the metatarsus with an account of three cases. (The Brit. med. Journ. 1. III. 13 p. 433).

Die Verlagerung des Metatarsus ist eine ziemlich seltene Läsion, wird meist übersehen, da sie durch grosse Gewalteinwirkung hervorgebracht wird, so dass Knochen- und Weichteile mit geschädigt werden und der Fuss amputiert werden muss. Von einzeln dislozierten Metatarsalknochen ist der Metatarsus I am leichtesten einer



Verlagerung ausgesetzt. Verf. teilt 3 eigene Beobachtungen der Verletzung mit, die alle in Narkose reduziert werden konnten. Fixation mit Heftpflasterverband für ca. 3 Wochen. Darauf Beginn mit vorsichtiger Massage und Bewegungen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

102) **Wolf, Wilhelm.** Ein ungewöhnliches Repositionshindernis bei typischem Knöchelbruch mit Luxation des Fusses nach aussen. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16, 1913.)

Ein Soldat wurde, als ein von ihm mitgehaltener Parsevalballon wegflog, mit emporgetragen, stürzte aus einer Höhe von mehreren Metern zu Boden und erlitt einen Bruch der Malleolen des linken Fusses mit Luxation des Fusses nach aussen. Wie die Durchleuchtung ergab, hatte der Talus die Malleolengabel vollständig verlassen. Repositionsversuche gelangen nicht, deshalb wurde die Eröffnung des Gelenks vorgenommen, die ergab, das die Sehne des m. tibialis anterior hinter den talus luxiert war und somit mitten durch das Gelenk verlief, so dass sie bei jedem Repositionsversuch sich dem talus wie ein vorgespanntes Seil in den Weg legte. Die Sehne wurde mit dem Elevatorium über die trochlea tali hinweggehebelt, wonach die Einrichtung gelang. Klar-München.

103) **Patel et Viannay.** De la luxation sous-astragalienne complète du pied en dedans sans perforation de la peau. (Rev. d'orthopéd. 24. année Nr. 1 p. 1.)

Vv. teilen 3 eigene und 2 fremde Beobachtungen der luxatio pedis sub talo mit. Die Deformität des Fusses ist am ehesten mit einem Klumpfuss zu vergleichen. Am äusseren Fussrand befindet sich immer ein starker Knochenvorsprung, die Haut ist dort zum Platzen gespannt. Eine sofortige Reduktion in Narkose ist immer am Platz. Vv. bedienen sich immer des Manövers des Schuhausziehens, ohne den Talus stark zu drücken. Ist die Luxation so nicht einzurenken, so ist eine blutige Reposition oder eine Talotomie nötig. Auf dem Röntgenbild liefert die antero posteriore Aufnahme die entscheidende Diagnose. Die Prognose, was spätere Funktion des Fusses anbetrifft, ist eine sehr gute. So war z. B. im Fall 1 der Vv. die velofahrende Hausiererin, die nach der Reduktion nur 8 Tage einen Gipsverband trug und darauf wie normal nach Hause ging, schon nach 4 Wochen wieder fähig, per Rad ihrer Beschäftigung in vollem Umfang nachzugehen.

Spitzer-Manhold-Zürich.

104) **Brandenstein** (Berlin): Dysbasia arteriosclerotica und Plattfuss. (Berl. klin. Woch. Nr. 43, 1912).

Bei 3 Patienten bestand Arteriosklerose der Fussarterien mit



den entsprechenden Beschwerden und gleichzeitig ein mässiger Plattfuss. Die Plattfussbehandlung beseitigt die Beschwerden nicht, wohl aber Jodkali und Heissluftbehandlung. B. will die Aufmerksamkeit auf das Zusammentreffen dieser beiden Erkrankungen lenken.

Hohmann-München.

105) **Osgood.** The prevention of foot strain. (The Boston med. and surg. Journal Vol. CLXVIII. Nr. 11 p. 380.)

Um Ueberanstrengung der Füsse bei Pflegerinnen zu vermeiden, hat Verf. einen Apparat erfunden zur Bestimmung der Muskelstärke der Fussadduktoren und Abduktoren, zur Messung des Fussgewölbes. Bei Eintritt jeder Pflegerin in den Spitaldienst wird auf einer besonderen Tabelle das Resultat dieser Untersuchung verzeichnet und der Betreffenden die notwendigen Verhaltungsmassregeln (verschied. Uebungen zur Stärkung schwacher Muskelgruppen, Beschaffen richtigen resp. falsche Stellungen korrigierenden Schuhwerkes) gegeben.

Spitzer-Manhold-Zürich.

106) **Simpson and Dunn.** On spasmodic contraction of the peronei in flat-foot. (The Brit. med. Journ. 16. XI. 12 per 1369.)

Beschreibung von 8 Fällen spastischer Peroneuskontraktur bei Plattfuss. Die mechanische Behandlung der Peronei allein nützt nichts, es muss operativ verfahren werden. Diese Form ist von andern Arten des statischen Plattfusses wohl zu unterscheiden.

Spitzer-Manhold-Zürich.

107) **Roth.** The treatment of flat foot. (The Lancet 1912, Nr. 7, Sept., p. 690.)

Als beste Uebung, um das Fussgewölbe wieder herzustellen, ist das auf den Zehengehen anzusprechen. Beim Stiefel muss die längste Distanz gegenüber der Grosszehenspitze liegen, die Fussspitze soll beim Gehen nie nach auswärts gedreht werden, der Pat. soll nie auf einem Fuss stehen. Heben, Senken, Rotieren des Fusses nach vorgeschriebenen Uebungen soll der Pat. aufs gewissenhafteste selber ausführen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

108) **Cilley.** Treatment of traumatic flat foot. (The American journal of orthopedic surgery. Vol. 10, Heft 2, 1912.)

Um traumatischen Plattfuss zu vermeiden, muss man jeden Patienten mit einer Fussverletzung so schnell als möglich wieder auf die Beine bringen, bei leichteren Verletzungen mit Pflaster- oder Bindenverband in festsitzendem Stiefel, bei Frakturen in leichtem Gipsverband. Bericht über 3 Fälle von schwerem posttraumatischem Plattfuss, die Verf. mit Redressement und Gipsverband heilte.

Klar-München.



109) **Oskar Vulpius** (Heidelberg). Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses. (Deutsche med. Woch. Nr. 13, 1913.)

In diesem klinischen Vortrag gibt V. eine eingehende Darstellung der verschiedenen Behandlungsweisen bei diesem hartnäckigen Leiden. Beginn der Behandlung spätestens im 3. oder 4. Monat mit täglichem manuellen Redressement und Bindenwickelung, einfachen Nachtschienen, womit in leichten Fällen Heilung zu erzielen ist. Sonst kräftiges Redressement mit Achillotomie und Gipsverband für 6—12 Wochen, ev. Etappenredressement.

Innenrotation des Beines wird mit Spiralen bezw. Nachtschienen bekämpft. Bei älteren, schweren Klumpfüssen ist die blutige Behandlung nicht immer zu vermeiden, besonders wenn das Redressement zu keinem guten anatomischen Resultat führt. Der Kalkaneus steht oft in hochgradiger Spitzfusstellung fixiert. Hierbei wird von einem Schnitt an der Innenseite die Achillessehne plastisch verlängert und nach Bänderdurchtrennung der processus posterior calcanei mit einem Haken herabgeholt. Bei Hinderung der Korrektur durch den Talus Aushöhlung bezw. Exstirpation desselben mit folgender Sehnenverkürzung des extensor digitorum oder Verpflanzung des extensor hallucis auf den äusseren Fussrand. Bleibt eine stärkere Innenrotation des Unterschenkels bestehen, dann ev. quere Osteotomie der Tibia.

Hohmann-München.

110) **Silver, David.** The treament of the infantile club foot. (The American journal of orthopedic surgery. Vol. 10, Heft 2, 1912.)

Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses hat in der ersten Lebenswoche zu beginnen. Gipsverbände oder Bandagen müssen immer über das Knie gehen, und zwar bei rechtwinklig gebeugtem Knie.

Klar-München.

111) **E. Müller** (Stuttgart). Zu der Arbeit von J. Geiges „Beitrag zur Aetiologie des Klauenhohlfusses“. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 83. Bd. 3. H. p. 589.)

Kurze Entgegnung M. s. auf die Arbeit von Geigas (Bruns Btrge., Bd. 78, H. 1), worin M. die Häufigkeit der Spina bifida occulta in der Aetiologie des idiopath. Hohlfusses bestreitet unter Hinweis auf seine Arbeit (Bruns Btrge., Bd. 72, p. 265).

Baisch-Heidelberg.

112) **Cramer.** Beitrag zur Behandlung des Hohlfusses. (Archiv f. Orthopädie etc., Bd. XI., H. 1.)

Ausführliche Mitteilung von 6 Fällen, bei denen sich in 3 Fällen die Deformität durch Verkürzung der Weichteile ausgebildet hatte, spez. der Plantarfaszie und derjenigen Weichteile, die sich an

der Innen-Unterseite des Planta pedis befinden. In 2 Fällen lag eine Deformierung des Naviculare und Talus vor. In 1 Fall handelte es sich um einen angeborenen Hohlfuss mit reichlichen Knochendeformitäten.

C. operierte seine Fälle, indem er Sehnendurchschneidungen bezw. Verlängerungen vornahm und bei den röntgenologisch nachgewiesenen Knochendeformitäten auch Keilausmeisselungen und dergl. ausführte. Unblutiges Redressement allein führt s. E. nicht zum Ziel. Neurologische Abnormitäten wurden nicht gefunden.

Meyer-Lübeck.

113) **Watkins, James T.** Concerning the operative treatment of claw foet. (The American journal of orthopedic surgery. Vol. 10. H. 2, 1912.)

Den „Klauenfuss“ („pied en greffe“ der Franzosen) behandelt Verf. wie folgt: Zunächst 2—3maliges Redressement mit subkutaner Durchtrennung der Plantarfascie und Achillotenotomie; wenn alle Wunden und Hautrisse geheilt sind, Operation: Die distalen Enden der Metatarsalknochen werden von einem lateralen und einem medialen Längsschnitt aus auf dem Fussrücken freigelegt und je mit einem Bohrloch versehen, durch das Loch wird ein starker paraffinierter Seidenfaden gezogen; dann maximale Dorsalflexion des Fusses und starke Pantarflexion der Zehen. In dieser Stellung werden die Seidenfäden nach sorgfältiger Durchtrennung der Sehnenscheiden der Extensorsehnen mit je ihrer zugehörigen Sehne vernäht: Wundnaht, Gipsverband für 6 Wochen. Dann muss der Pat. 2 Monate hindurch liegend und sitzend Fuss und Zehen üben, darf aber in dieser Nachbehandlungperiode nie den Fuss belasten, für die Nacht werden Nachtschienen angelegt. **Klar**-München.

Universitätsnachrichten.

Breslau. Der a. o. Professor der Chirurgie Dr. Ludloff, Vorstand der orthopädischen Abteilung der chirurgischen Klinik, wurde zum ordentlichen Honorar-Professor ernannt. — Dr. Gustav Drehmann ist zum Professor ernannt worden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Band VIII. Februar 1914. Heft 2.

(Aus der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Klinik in Heidelberg.)

Ein Fall von kongenitalem Genu valgum bei kongenitaler Luxation der Patella nach aussen und angeborener Hüftluxation des rechten Beines.

Von

Med.-Prakt. FRANZ WAAS.

(Hierzu Tafel I und 3 Abbildungen im Text.)

In Hoffa „Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie" wird als seltene Ursache des Genu valgum die primäre kongenitale Luxation der Patella nach aussen genannt.

Dort ist auch eine Reihe von einseitigem und doppelseitigem Vorkommen dieser Deformität zusammengestellt; es scheint die Luxation der Patella nach aussen die gewöhnliche Form zu sein, denn Potel fand noch 1897 unter 55 Fällen von Patellarluxation nur 4 Luxationen nach oben, eine nach innen.

Eine Würdigung des ätiologischen Zusammenhangs von kongenitaler Patellarluxation und Genu valgum verdanken wir G. Middeldorpf, der mehrere sichere Fälle aus eigener Beobachtung und aus der Literatur zusammenstellt.

Middeldorpf und Hoffa lassen unentschieden, ob die Patellarluxation die primäre oder sekundäre Affektion darstellt; Hoffa gibt die Möglichkeit zu, dass die kongenitale Luxation primär sein kann, da auch nach traumatischen Patellarluxationen (nach aussen!) durch den schiefen Zug der Quadricepssehne schon Genu valgum entstanden sei.

Vor der eigentlichen Schilderung unseres Falles sei noch kurz eingegangen auf die Gesichtspunkte, nach denen bei erwachsenen Patienten die Frage der Kongenitalität entschieden wird.

In den seltensten Fällen wird eine genaue ärztliche Untersuchung gleich nach der Geburt, die ja allein entscheidend wäre, einwandfreie Daten liefern. Kommt nun der Patient später in Behandlung, so bleibt es dem eigenen Ermessen des Untersuchers überlassen, ob er sich der einen oder der anderen Autorenansicht anschliessen will.

Trendelenburg vertritt die Ansicht, dass die meisten Patellarluxationen nicht traumatisch, sondern angeboren sind.

Hoffa und Bade verlangen von einer sicheren angeborenen Patellarluxation vor allem, dass sie bei Beugung und Streckung des Kniegelenks permanent bleibt.

Singer (1856) engt den Begriff der angeborenen Patellarluxation dadurch ganz bedeutend ein, dass er unter anderen Kriterien vor allem verlangt: Abwesenheit von Genu valgum und gleiches Verhalten der Patellae auf beiden Seiten.

Nach einer Zusammenstellung von 90 sicheren Fällen durch Bogen scheint die Ansicht von Hoffa der Wahrheit am nächsten zu kommen. Auch in unserem Falle, in dem genaue anamnestische Daten fehlen, ist die Diagnose der „kongenitalen“ Patellarluxation im Hoffaschen Sinne gestellt.

Nun zur Schilderung unseres Falles:

F. St., 20 Jahre alt, Kontorgehilfe. aufgenommen 15. VII. 13.

Vater lebt, gesund; Mutter gestorben an Pneumonie. 12 lebende Geschwister sind vollkommen gesund.

Patient habe keine Kinderkrankheiten gehabt, vor allem wird Rhachitis bestritten. Vor einem Jahre erkrankt an Pneumonie.

Das jetzige Leiden ist angeboren; es besteht die Verkrümmung des Beines deutlich seit Geburt und sei merklich stärker geworden. Mit 3 Jahren lernte Patient laufen. Beschwerden und Schmerzen sind beim Gehen nie aufgetreten; Berufswahl in Rücksicht auf die Erkrankung entschieden. Das Leiden wurde nie behandelt; jetzt Einweisung zur Operation durch Versicherungsanstalt wegen Gefahr stärkerer Invalidität (Skoliose).

Befund: Mittelgrosser, schmächtig gebauter, junger Mann mit mässig entwickelter Muskulatur, wenig Fettpolster. Haut blass, Gesicht und Extremitäten leicht zyanostisch, Abdomen unverhältnismässig aufgetrieben, sonst keine sicheren Zeichen von Rhachitis. Brust- und Bauchorgane ohne krankhafte Veränderungen. Patient geht mühsam an einem Stock. Der Fuss wird in Spitzfusstellung, stark nach aussen rotiert, aufgesetzt. Das rechte Bein befindet sich in hochgradiger Genu valgum Stellung mit einem nach aussen offenen Winkel von ca. 140°. Die Extremität ist gegen links um ca. 9 cm verkürzt. Der rechte Oberschenkel ist stark adduziert, der rechte Unterschenkel stark abduziert. Im Hüftgelenk rechts ist die Pfanne deutlich leer zu fühlen, der Oberschenkelkopf ist nicht zu tasten. Trochanter major rechts erscheint stark verdickt und in die Höhe gerückt; er steht ca. 5 cm über der Roser-Nélatonschen Linie, etwa in Spinahöhe. Der Femurschaft verläuft mit einer starken Torsion nach innen zum Kniegelenk, Achsendrehung beträgt etwa



90°. Condylus medialis nach aussen vorn, Condylus lateralis nach innen hinten zu tasten. An der Vorderseite des Knies fehlt die der Patella entsprechende Prominenz, statt deren deutliche Rinne zu palpieren. Es zieht ein derber Strang über den lateralen Condylus; er enthält die deutlich palpable Patella, die auch bei extremer Streck- und Beugestellung in dieser Lage bleibt. Patella nur schwer beweglich, nicht reponibel. (Fig. 1 und Fig. 2.)

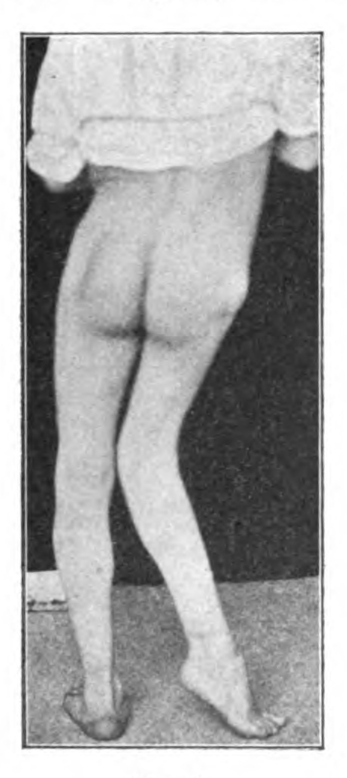


Fig. 1.

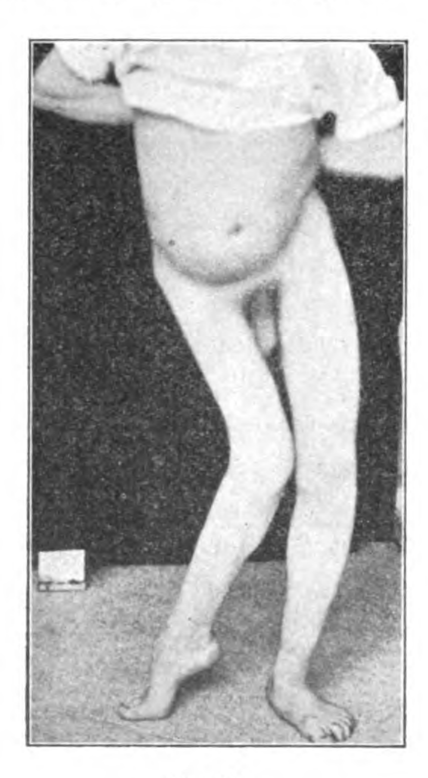


Fig. 2.

Der Unterschenkel ist nach aussen rotiert; Tuberositas tibae und capit. fib. sind stark verdickt. Die Tibiakante geht in fast direkter Fortsetzung in den Fussrücken über, auf dem der Talus als deutlicher Höcker vorspringt. Das rechte Bein erscheint stark atrophisch gegen links.

Umfang { Oberschenkel rechts 31 cm, links 42 cm.
Wade rechts 30 cm, links 32 cm.

Gelenkfunktionen:

Im Hüftgelenk rechts ist die Abduktion stark, die Adduktion mässig beschränkt; bei forzierter Abduktion geht das Becken mit. Aktiv und passiv ist im Hüftgelenk Beugung bis zu 90° möglich, bei allen Bewegungen ist deutliches Knacken hör- und fühlbar. Kniegelenk: Geringe seitliche Bewegungen passiv möglich, Be-



wegungen im Sinne von Beugung und Streckung aktiv bis zu Winkeln von 20—30°, passiv etwas mehr. Auch im Knie deutliches Knacken. Zehen- und Fussgelenke in jedem Sinne aktiv und passiv frei; bei Dorsalflexion des Fusses deutliche Anspannung der Achillessehne.

Linkes Bein: mässiges Femur varum, Gelenke frei. Fussgewölbe stark abgeflacht.

Röntgenbilder:

1. Hüfte:

Die schlecht ausgebildete, flache, aber geräumige Pfanne ist leer. Der Gelenkkopf zeigt Pufferform, statt der normalen Wölbung eine tiefe Delle, er hat sich höher oben am Darmbein eine neue Pfanne gebildet. Der Schenkelhals erscheint verkürzt und steht in Coxa vara-Stellung.

2. Kniegelenk:

Die Gelenklinie verläuft schräg, in einem Winkel von ca. 35° zur Senkrechten; die Epiphysen des Femur und der Tibia sind den Diaphysen schräg aufgesetzt, die Epiphysenlinie verläuft mit dem Gelenkspalt nicht parallel, sondern bildet mit ihr einen nach innen offenen Winkel von ca. 20°. Der Condylus int. erscheint massig gegenüber dem stark abgeflachten Condylus ext. Die Patella ist deutlich nach aussen luxiert und zeigt etwa Kantenstellung.

Operation am 17. 7. 13. (Prof. V.)

Durch seitlichen Längsschnitt wird das capit. fibulae freigelegt, das Periost rings um das Köpfchen abgehoben, das capitulum reseziert.

Ein zweiter Längsschnitt über der luxierten Patella legt diese frei; sie wird los präpariert und extirpiert.

Vom zweiten Längsschnitt aus Schnitt nach innen über die Gelenklinie zur Freilegung der Gelenkkapsel; Eröffnung der Kapsel: Im Gelenk feste Adhäsionen zwischen innerem Condylus und Gelenkfläche der Tibia, sie lösen sich beim Beugen unter Krachen. Gelenkenden stark deformiert, äusserer Condylus ganz klein: Resektion des Condylus ext. Fasziennähte, Hautnähte, Gipsverband in Geradestellung des Beines auf 6 Wochen.

Guter Heilungsverlauf, nach 6 Wochen Abnahme des Gipsverbandes, Modell für Hülse.

Bei der Entlassung am 18. 10. 13. zeigt Patient folgenden Befund: Das rechte Bein ist um ca. 14 cm verkürzt gegen links.

Hüftgelenk: Status idem; die starke Beckensenkung und damit die Verbiegung des Rumpfes ist beseitigt.





Fig. 1

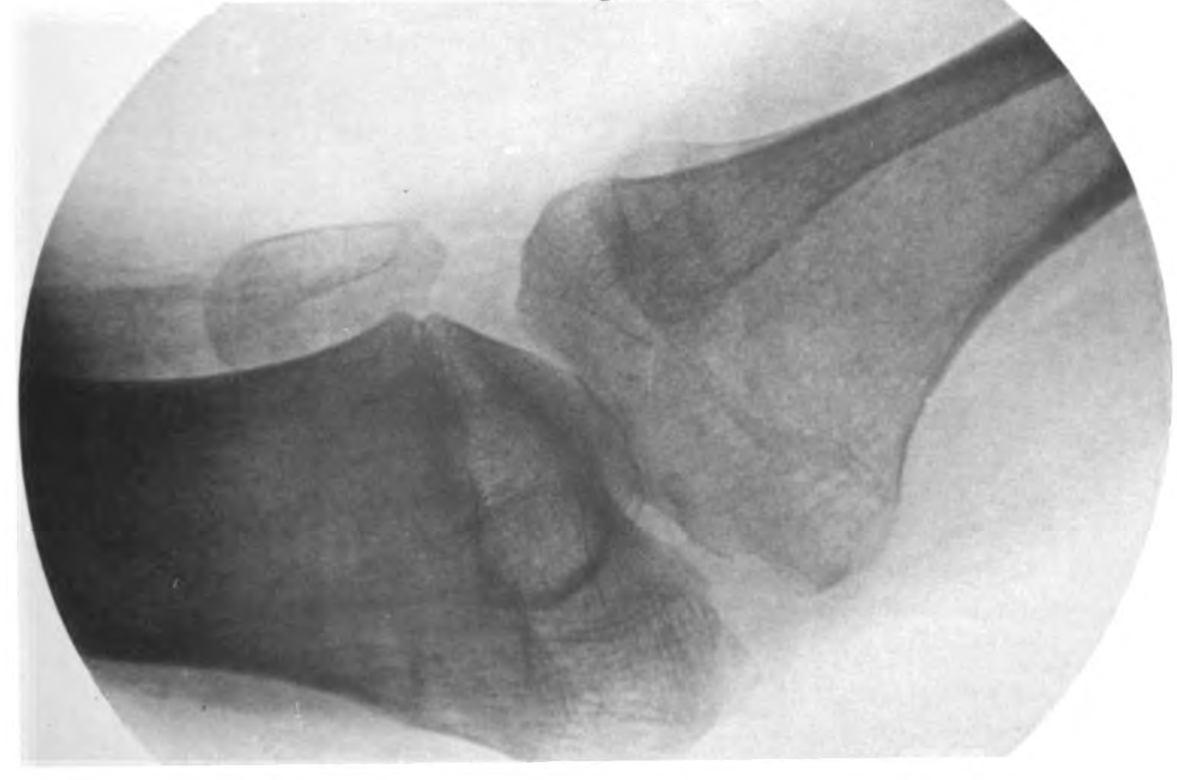


Fig. 2

Waas

Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6.

Kniegelenk: Zwei zueinander senkrecht verlaufende, primär geheilte gut vernarbte Operationswunden: 1. lateral über unteres Femurdrittel bis Gelenkspalt, ca. 12 cm lang. 2. von aussen schräg nach innen oben, quer über Gelenkspalte, etwa 11 cm lang. 3. eine etwa 7 cm lange, gut vernarbte Wunde, lateral von 1., schräg nach unten hinten. Kniegelenk ideal versteift, gut konsolidiert. Bewegungen weder aktiv noch passiv möglich. Knochenpunkte nicht deutlich palpabel. (Fig. 3.)

Der Gang ist in dem erhöhten Schuh und dem Schienenhülsenapparat gut. Links Plattfusseinlage im Stiefel.



Fig. 3.

Das Resultat der Operation ist durchaus zufriedenstellend. Bei unserem Falle fiel es leicht, sich zu dem beschriebenen Verfahren zu entschliessen, da das Gelenk ja in solchem Masse deformiert war, dass mit keiner Methode ein gut bewegliches Gelenk zu erzielen war; Beweis dafür ist einmal der vor der Operation erhobene Befund, dann die im Gelenk selbst vorgefundenen Veränderungen. Es musste also unter Verzicht auf ein bewegliches Gelenk lediglich versucht werden, die starke Verunstaltung zu beheben und die Gehfähigkeit zu bessern; durch die Geradestellung wurde ausserdem ein Ausgleich der Verkürzung und der Beckensenkung wesentlich erleichtert und so der Gefahr einer Verkrümmung der Wirbelsäule wirksam vorgebeugt.

Unseres Wissens ist bis jetzt kein derartiger Fall beschrieben: Das gleichzeitige Bestehen der angeborenen Hüftluxation mit dem Genu valgum und der Patellarluxation lässt jedenfalls den berechtigten Schluss zu, dass ätiologisch eine differente, intrauterine Haltung in Betracht kommt, die durch mechanische Ursachen eine veränderte Wachstumsrichtung bedingte. Die von Ad. Lorenz und Max Reiner konstruierte mechanische Theorie der Entstehung der angeborenen Hüftluxation ist wohl mit Recht in erweitertem Sinne auch auf vorliegende Deformität anzuwenden.

(Aus der Berlin-Brandenburgischen Krüppelheil- und Erziehungsanstalt, Berlin S. Am Urban 10/11.)

Technische Neuerungen.

Von

Prof. Dr. KONRAD BIESALSKI,
Direktor und leitender Arzt der Anstalt.

1. Primitive Plattfuss- und Klumpfuss-Widerstandsapparate.

Unter meinen Pendel- und Widerstandsapparaten, die ich im Archiv für Orthopädie, Band VIII, Heft 1 veröffentlicht habe, befindet sich einer, der die Pendel- und Widerstandsbewegungen im Sinne der Pro- oder Supination um die Längsachse des Fusses bewirkt. Dieser Apparat hat mir bei der Nachbehandlung von Sehnenverpflanzungen, von pedes pronati, die hauptsächlich auf Muskelschwäche und Schlaffheit der Bandapparate beruhen, und bei redressierten Klumpfüssen so ausserordentlich gute Dienste getan, dass ich nach dem gleichen Prinzip aus Holz kleine Apparate verfertigt habe, die ich den Patienten mit nach Hause gebe. Die Wirkung der kleinen Apparate ist ohne weiteres einleuchtend (Fig. 1). Sie können nur im Sinne der Pro- oder Supination um die Längsachse des Fusses betätigt werden, wenn der Kranke auf einem Stuhl sitzt und die Füsse auf die Sohlenplatte stellt. Da diese einseitigen Bewegungen nur möglich sind, wenn der durch einen Sandsack von veränderlichem Gewichte dargestellte Widerstand durch aktive Muskelkraft überwunden wird, so bedeutet der fortdauernde Gebrauch des Apparates eine Kräftigung der Musculi tibiales bezw. peronei. Es mag sich also um eine Krankheit handeln, welche es wolle, der Kranke kann niemals einen Schaden anrichten. Vorzüglich ist die Wirkung zur Kräftigung überpflanzter Sehnen, nachdem ein so langer Zeitraum verflossen ist, dass eine feste Verwachsung am Ansatzpunkt sicher ist, denn eine Ueberdehnung der verpflanzten Sehne ist ausgeschlossen, weil der Apparat immer nur bis zur Mittelstellung zurückgeht. Ebenso

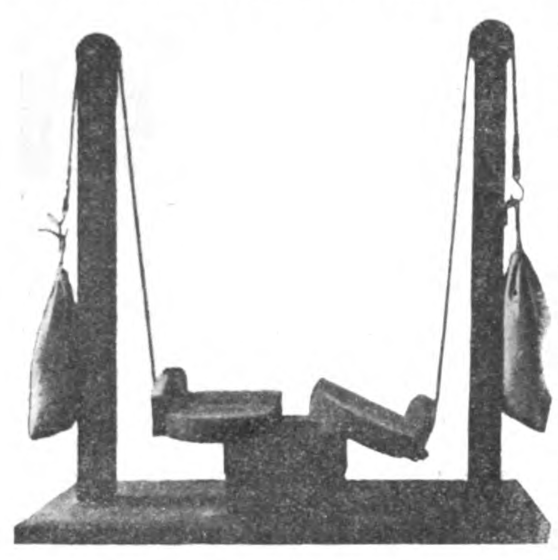


Fig. 1.

lege ich bei der Plattfussbehandlung und namentlich dann, wenn leicht fixierter Plattfuss eintritt, Wert darauf, dass die supinierenden Muskeln gekräftigt werden. Das geschieht besser als durch Massage durch Anwendung dieses kleinen Apparates, der mir in Anwendung mit der danebenlaufenden Benutzung von Einlagen den Dank vieler Kranker eingebracht hat. Aehnlich steht es mit dem Klumpfuss. (Fig. 2). Das Redressement genügt bekanntlich so gut wie niemals. Das Wichtigste ist die Verhütung des Rezidivs, und hierbei stellen wiederum neben einer entsprechenden pronierenden Einlage aktive Bewegungen zur Kräftigung der pronierenden Muskel, Lokkerung der verkürzten Bänder und Beweglichmachung der Fusswurzel und Mittelfussgelenke, die ja gerade beim Klumpfuss häufig steift, besonders vertieft sind, das wichtigste Heilmittel dar.

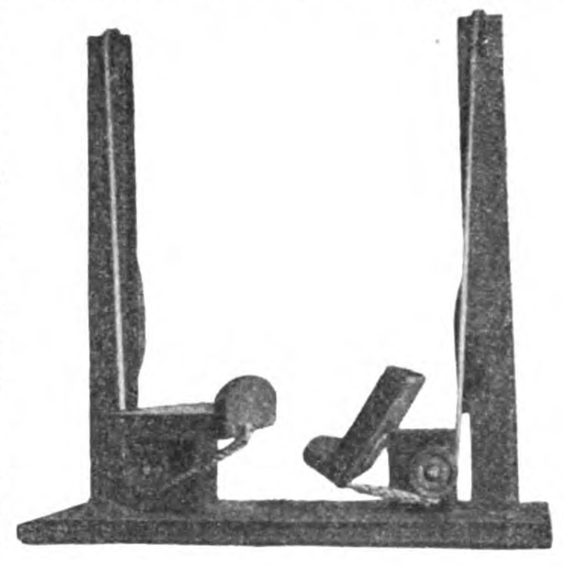


Fig. 2.

Die Holzstäbe an dem Apparat können zum Zwecke des Transportes oder der Versendung herausgenommen werden, weil sie nur locker mit einem Zapfen in einem Loch der Grundplatte stehen, und der Kranke kann ohne Zeit- und Geldverlust zu Hause, z. B. während er ein Buch liest, mühelos diese orthopädische Kur gebrauchen.

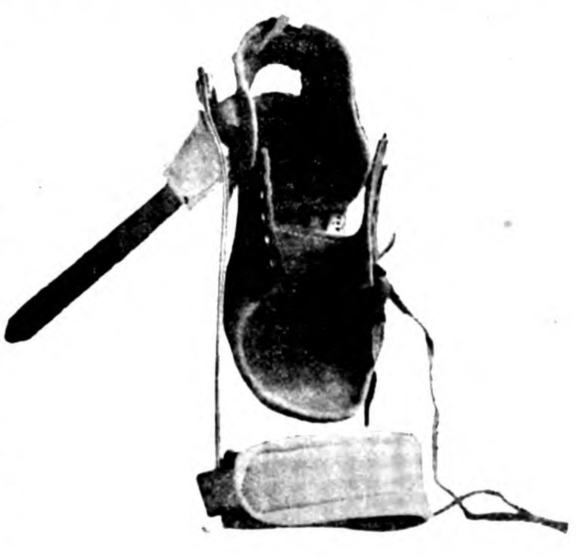


Fig. 3.

Wenn nun die Grundplatte der Apparate ohne die die Räder tragenden Säulen in einen Heissluftkasten gesetzt und die zu den Sandsäcken führenden Stricke aus dem Seitenteil des Kastens über Rollen heraus geleitet werden, so hat man auf eine einfache und ebenfalls in jedem Haushalt anwendbare Weise die kräftigende Wider-



standsbewegung mit einem örtlichen Heissluftbad verbunden, was geradezu Wunder leistet bei fixiertem Plattfuss.

Bei der Nachbehandlung des Klumpfusses gebrauche ich eine Nachtschiene, die zwar nichts wesentliches Neues enthält, aber doch wohl erwähnenswert ist, weil sie mir in der Bekämpfung der 3 Komponenten des Klumpfusses (Supination, Adduktion, Plantarflexion) sich gut bewährt hat, zumal die Verlagerung des Drehpunktes der beiden Sohlenhälften an der Aussenwand in besonders kräftiger Weise die Abduktion von Vorder- und Hinterfuss bewirkt (Fig. 3).



Fig. 4.

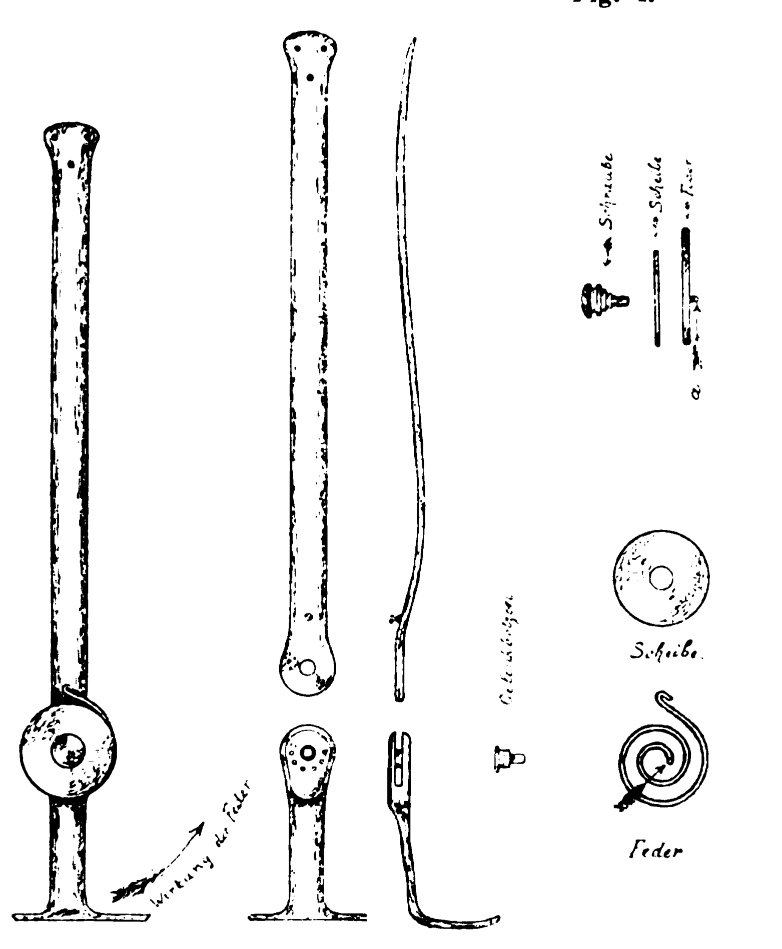


Fig. 5.

2. Federschiene zur Beseitigung des Spitzfusses.

Es gibt zahllose Modelle zur Hochhaltung des schlaffen oder spastisch hängenden Fusses. Die abgebildete Schiene hat sich mir besonders bewährt, weil sie einfach und unauffällig ist und eine leicht dosierbare Kraft enthält (Fig. 4). Um das Gelenk der Unterschenkelschiene herum sind Löcher angebracht, in welche der am zentralen Ende der gewundenen Feder senkrecht abgehende kurze Zapfen hineingesteckt werden kann, während das andere Federende an einem Stift der Unterschenkelschiene eingehakt wird. Genügt die Federkraft nicht oder hat der Fuss sich gebessert und soll eine weitere Hebung erfolgen, so kann der Patient selbst mit dem zentralen Stift um ein oder zwei Löcher weiterrücken und damit die Feder stärker spannen. Er gelangt an sie heran dadurch, dass er eine über die Feder gelegte Platte, welche durch eine Schraube festgehalten wird, fortnimmt (Fig. 5). Die leichten spastischen Spitzfüsse, wenn sie ohne Tenotomie für kurze Zeit im Gips redressiert sind und später in einer entsprechenden Nachtschiene in der Ueberkorrektur gehalten werden, mässige paralytische Plattspitzfüsse, namentlich bei der Poliomyelitis der Erwachsenen, der herabhängende Fuss infolge einer Neuritis u. s. w. sind dankbare Objekte. Hakt man die Feder umgekehrt ein, natürlich nachdem der mittlere Zapfen nach der anderen Seite gerichtet ist, so ist diese Schiene verwendbar bei leichter Form des Hackenfusses.

---

1) **Pol, Die Vertebratenhypermelie.** „Studien zur Pathologie der Entwicklung", herausgeg. v. R. Meyer und E. Schwalbe, I. Bd., 1. H., S. 71—184, mit 44 Abbildungen, G. Fischer, Jena, 1913.

1. Begriffsbestimmung: Nicht jedes Plus von Extremitäten ist, wie noch Geoffroy Saint-Hilaire (1836) und Taruffi (1883) es taten, unter die Doppelbildungen zu rechnen; allerdings in der Mehrzahl der Fälle ist eine Gliedmassenvervielfachung eine Teilerscheinung einer aus zwei Individualteilen bestehenden Missbildung, eben einer Duplizität, charakterisiert durch totale oder partielle Verdoppelung der Körperachse. Von einer überzähligen oder akzessorischen Extremität, einer Hypermelie, soll dann gesprochen werden, wenn die Verdoppelung oder Mehrbildung ausschliesslich Gliedmassen betrifft, die einem Individuum angehören.

2. Die Amphibienhypermelie: a) Die rund 50 Beobachtungen in der Natur (Lit.!) lassen sich in morphologische Reihen anordnen, die dabei erfolgende Analyse, b) die experimentelle Erzeu-



gung der Hypermelie (höchster Grad: die Hexapodie d. h. 6 Hintergliedmassen statt 2, ergeben c) als Wesen und Genese der Amphibienhypermelie: Höchst wahrscheinlich sind alle Amphibienhypermelien auf mechanische Entstehungsursachen zurückzuführen, metatraumatische superregenerative Bildungen: ihre Entstehungszeit kann im Gegensatz zu den Vögeln und Mammalien die Embryonal-, die Entwicklungszeit überhaupt überschreiten.

3. Die entwicklungsgeschichtliche Analyse der Vögelhyperdaktylie, nach Braus und Kaufmann-Wolf, die nur bei Enten beschriebene Kephalomelie, der Flügelhöcker (Barfurth) wird erörtert.

4. Die Hypermelie bei den Ungulaten wird durch Beispiele der Hypermelia anterior und posterior, illustriert, die Notomelia anterior als rudimentäre Doppelbildung davon getrennt.

5. Die Hypermelie beim Menschen: Als geringsten Grad der Hypermelia anterior im weitesten Sinn kann man die Hyperdaktylie betrachten, die am häufigsten an den Handrändern auftritt. Die radiale Hyperdaktylie kann mit einer Daumenhyperphalangie kombiniert sein. Es lässt sich eine morphologische Reihe aufstellen mit der normalen Pentadaktilie am einen, einer rudimentären Heptadaktylie am andern Ende, einer stufenweisen Vertretung des zweiphalangigen Daumens durch mehr und mehr den Pollexcharakter missen lassende dreiphalangige Daumen. Gegenüber dieser asymmetrischen Hexa- und Heptadaktylie, bei der im höchsten Grad der Karpus mitbeteiligt ist, dieser radialen Form der einfachen Hyperdaktylie, liegt bei der Diplocheirie auf der radialen Seite eine spiegelbildliche Verdoppelung der ulnaren Partien nicht nur an der Hand vor, sondern auch am Unterarm und am distalen Teil des Oberarms: während eine Hexadaktylie mit der Fingerformel V IV III/III* IV* V* nicht sicher nachgewiesen ist, kennen wir eine Heptadaktylie vom Typus: V IV III II/III* IV* V*, und eine Oktodaktylie: V IV III II/II* III* IV* V*; statt Radius und Capitulum humeri mit den entsprechenden Weichteilen findet sich eine zweite Ulna und Trochlea, von ulnaren Muskeln, Nerven und Gefässen umgeben. Pronation und Supination ist unmöglich, die Beugung im Ellbogengelenk mehr oder minder stark beschränkt, das Handgelenk superflektiert, die vielen (7 bzw. 8) Finger nur in zwei symmetrischen Gruppen voll exkursionsfähig.

Eine überzählige Bildung von grösserer Selbständigkeit ist am Arm bisher nur einmal beschrieben worden: Faltin sah 1904 bei einem 5jährigen Knaben ein akzessorisches Armrudi-



ment mit zwei ulnaren Fingern aus der Mitte des typischen linken Oberarms hervorragen, trug es ab und untersuchte es röntgenologisch und anatomisch.

Ein Hypermelos anterius im engsten Sinn des Wortes medial von dem normalen typischen linken Arm bei einem 9jährigen Mädchen artikulierend, von Dr. Thal und Dr. Schapiro in Zarizyn a. d. Wolga operativ entfernt, wurde vom Verfasser anatomisch untersucht:

Das überzählige Aermchen stellt nicht eine typische Oberextremität en miniature dar, sondern weicht in seiner Form und seinen Proportionen wesentlich von einer solchen ab; die distale handförmige Partie steht der typischen Hand an Grösse nicht viel nach, ein Spalt teilt sie in zwei nicht symmetrische Hälften mit drei und zwei dreiphalangigen Fingern, ein akzessorischer zweigliedriger ist der Dreiergruppe am Spalt angefügt. Mit den entsprechenden Metacarpalia ist ein ebenfalls gespaltener Karpus verbunden, proximal mit zwei Kondylen des einzigen Röhrenknochens der ganzen proximalen Partie in Charnierbewegungen gestattender Bandverbindung. Dieses „Armbein" ist kaum etwas länger als die Hälfte des typischen Humerus; seinen proximalen Kopf verband eine Gelenkkapsel mit einer kleinen, akzessorischen Pfanne an der Vorderseite der typischen linken Skapula. Die Muskeln sind bis auf Spuren lipomatös atrophiert, die aktive Beweglichkeit daher gleich null, Gefässe und Nerven kaum nachweisbar.

Wir finden hier Anklänge an zwei Hemmungsmissbildungen: bei der Phokomelie erscheinen Hände und Füsse unmittelbar oder durch Vermittlung eines Arm-, bezw. Beinrudimentes mit dem Gliedmassengürtel verbunden, beim Ulnadefekt kann der Markraum des Humerus kontinuirlich in den des Radius übergehen, eine sogenannte „kongenitale Ankylose des Ellbogengelenkes" vorhanden sein; hier Hemmungsbildungen allein, dort Entwicklungshemmung an einer überzähligen Bildung; in allen drei Vorkommnissen verständlich aus der normalen Extremitätenontogenie, bei der die distalen Teile in Entfaltung und Differenzierung den proximalen vorangehen.

Die Diplopodie steht nicht in völliger Analogie zur Diplocheirie, insofern die grosse Zehe zweiphalangig stets vorhanden; die einfache asymmetrische Hyperdaktylie scheint hier in symmetrische überzugehen. Auf der Ulnaverdoppelung entsprechende Unterschenkelbildungen, scheint beim Menschen bis jetzt nicht geachtet zu sein; zur Ergänzung wird daher eine Diplopodie als Teilerscheinung einer partiellen Verdoppelung der einen unteren Gliedmasse beim Makakus nach Bateson besprochen.

6. Genese der Mammalienhypermelie: Wir sind auf die Analyse und Retrokonstruktion von besonders beim Menschen sehr

vereinzelt auftretenden Formen, den Vergleich derselben unter einander bei derselben und bei verschiedenen Vertebratenklassen angewiesen, auch die Lokalisation von Defektbildungen ist heranzuziehen. Wie Verfasser ausführlich darlegt, kommen für die nicht familiären, nicht erblichen und einseitigen Extremitätendefekte und Hypermelien mechanische Insulte für die Entstehung in Betracht; der Effekt der Läsion hängt neben dem Grad und der Art vor allem davon ab, zu welcher Zeit sie erfolgte: in später Embryonalperiode resultiert ein Defekt, je früher jedoch das Trauma, um so mehr ist eine Reaktion im Sinne einer Regeneration anzunehmen, nicht allein einer einfachen, sondern einer überschüssigen, einer Superegeneration. Die sporadisch und einseitig auftretenden Hypermelien — also der wahrscheinlich bis jetzt einzig dastehende Fall des Verfassers, der von Faltin und die Diplocheirie — sind als exogene superregenerative Bildungen anzusehen. Bei der einfachen Hyperdaktylie spricht die Doppelseitigkeit und Vererbbarkeit mehr für eine primäre Anlage im Keim.

7. Pseudohypermelie und Tripodie beim Menschen. Das bisher unter den überzähligen Bildungen aufgeführte Skelett der unteren Gliedmassen, das Valenti 1877 beschrieb, ist aus der Hypermelie-Literatur zu streichen; denn Verfasser weist an Hand analoger Fälle der Literatur und einer eigenen Beobachtung nach, dass beidseitiger Tibiadefekt mit allerdings auffallender Femurgabelung eine Ueberschussbildung vorgetäuscht. Um eine ähnliche Pseudohypermelie handelt es sich möglicherweise bei den 1852, 1861 und 1874 von Agatz, Schmerbach und Larray gelieferten Beschreibungen einer Spaltung des rechten Unterschenkels in einen medialen, als zweizehigen Hakenfuss endigenden, zum Gehen benutzten Teil und einen lateralen, klumpfüssigen, sechszehigen, im Knie maximal gebeugten Teil. Das eine ist sicher: es ist keine Duplizität als der einzige Fall von 20 von Geuer 1890 zusammengestellten Fällen von Tripodie. Unter den Tripodien, d. h. dem Vorkommen von drei unteren Extremitäten, sind unigerminale und bigerminale zu unterscheiden. Die beim Menschen beschriebene unigerminale Tripodie ist fraglich, eine unigerminale Tribrachie ist sicher nachgewiesen, ein Ergebnis, das eine Korrektur der ungefähr umgekehrt lautenden Angaben der bisherigen Literatur angezeigt erscheinen lässt. Autoreferat.

2) **Hinterstoisser.** Ueber einen Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. H. 1, p. 297.)

Bei einem sonst normal entwickelten 7 jährigen Mädchen bestand eine Riesenbildung des rechten Zeige- und Mittelfingers, die seitwärts auseinander standen. Die Mittelhandknochen und Phalangen waren hyperplastisch und auch die Weichteile massig entwickelt, wodurch die Bewegungsfreiheit eingeschränkt wurde. Im übrigen war die ganze rechte obere Extremität etwas länger und dicker als die linke. Durch die Exartikulation der Riesenfinger wurde die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich gebessert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Franz.** Die militärischen und sozialen Folgen der Weichteilschussverletzungen des südwestafrikanischen Feldzuges 1904—1907. (Dtsch. milit. Ztschrft. Jg. 42. H. 19, Festbeilage p. 68)

Verf. stellt an Hand der Zählkarten, Krankengeschichten und Invalidenakten der im südwestafrikanischen Feldzug von Weichteilschussverletzungen betroffenen Personen die unmittelbaren Folgen der Verwundung und ihren Einfluss auf die Kampffähigkeit fest, sowie den Prozentsatz der Wiederdiensttauglichen und Invaliden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

4) **Bichler.** Wundheilung bei Lepra. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124, H. 1—4, p. 47.)

Verf. konstatiert, dass bei tuberösen Leprakranken Wunden und Geschwüre mit grosser Schnelligkeit verheilen, dass im Uebergangsstadium zur Nervenform das Heilungsvermögen der Wunden nachlässt und bei der reinen Nervenform für die Ulzera vollständig auslöscht, und führt als Beweis 3 selbst beobachtete Fälle an.

Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **Aimes.** Le traitement des brûlûres par l'héliothérapie. (Gaz. des hop. 86e année. Nr. 88, p. 1415.)

Die Heliotherapie ist in der Behandlung von Verbrennungen wieder vergessen worden. Zwei Beispiele rapider Heilung (ein chronischer Fall, der keine Heilungsfortschritte mehr machen wollte, und ein frischer) veranlassen Verf., die Methode wieder in Erinnerung zu bringen. Wirkung der Sonne auf die Wunde: bakterizid, exzitierend auf die Zirkulation, analgesierend, hautbildend, narbenbildend. Die Technik ist einfach: sie muss lokal sein ohne Interposition von Scheiben, Gaze oder Fetten. Die Dosierung muss fortschreitend geregelt, der Kopf während der Insolation vor den Sonnenstrahlen geschützt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.



6) **Guye.** Bemerkungen zur heliotherapeutischen Frage. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 123. H. 5/6, p. 608.)

Verf. korrigiert den Artikel von Leriche (Dtsch. Ztschrft. f. Chir., Bd. 122) dahin, dass Rollier nicht durch Poncet beeinflusst, sondern aus eigenem Antrieb die Sonne als Heilfaktor bei Tuberkulose anwandte und als erster eine vollständige und erschöpfende Methode der Anwendung der Heliotherapie schuf. Sodann weist Verf. noch nach, dass auch Poncet nur eine ältere Tradition der Lyoner Schule weiterführte, indem schon früher Bonnet Luft- und Sonnenanwendung bei chronischen Gelenkleiden empfahl.

Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Janu.** Beiträge zum Studium der Transplantationen (Arch. f. klin. Chir. Band 102. H. 1, p. 57.)

Bei einem Arbeiter mit fast vollständiger Amputation des Vorderarms infolge eines Traumas gelang es durch Wiedervereinigung der Knochen, Muskeln, Nerven und Gefässe Vorderarm und Hand zu erhalten, doch bestanden nach 3 Jahren noch verschiedene sensible, motorische und vasomotorische Störungen. Ebenso war die Replantation eines abgetrennten Oberschenkels beim Hunde von Erfolg begleitet, während mehrere ähnliche Versuche wie Replantation von Fingern, des Fusses, des Nervus vagus sympathicus fehlschlugen. Teilweise Erfolge erzielten Transplantationen von Gefässen und drüsigen Organen. Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Küttner.** Einige Dauerresultate der Transplantation aus der Leiche und aus dem Affen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. H. 1, p. 48.)

Zur Transplantation grosser Knochen und Gelenksabschnitte hat Verf. aus Mangel an frisch amputierten Gliedmassen in zwei Fällen Knochen aus frischen menschlichen Leichen und einmal einen Affenknochen verwendet. Spätere Untersuchungen ergaben ein günstiges Resultat; wenn auch die Knochensubstanz des Implantates, an welches sich die Muskeln in idealer Weise ansetzten, der aseptischen Nekrose anheimfiel, so war sie doch der Sitz weitgehender Substitution. Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Böhm.** Die Behandlung der rachitischen Deformitäten. (Archiv für Kinderheilkunde LX Bd.).

Verfasser unterscheidet vom Standpunkt des Orthopäden aus drei Stadien des rachitischen Prozesses: 1. das Stadium der floriden Erkrankung (Ausbildung der Deformität), 2. das Stadium der Sklerose (Stabilisierung der Deformität) und 3. das Stadium der Reparation (Spontanausgleich der Deformität). — Im Röntgenbilde haben wir ein wertvolles Hilfsmittel zur Unterscheidung der einzelnen Stadien.



Der chirurgisch-orthopädische Eingriff bei rachitisch verkrümmten Deformitäten kommt in drei Formen in Betracht, als forciertes Redressement, Osteoklase und Osteotomie. Das forcierte Redressement empfiehlt Böhm bei leichten Fällen von X- und O-Beinen. Die Osteoklase will er für schwere Fälle bis zum 4. Lebensjahre reserviert wissen; in der Osteotomie sieht er die sicherste, stets anwendbare Methode zur Korrektur rachitischer Deformitäten.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

10) **Wrzesniowski.** Operation und offene Behandlungsmethode der eitrigen fistulösen Gelenkstuberkulose (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 1, p. 182.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Gelenktuberkulose, auch bei weit vorgeschrittenen eitrigen, fistulösen Fällen, das Gelenk durch einen breiten dorsalen Querschnitt aufzuklappen, die totale Synovektomie vorzunehmen und die tuberkulösen Herde von Sehnenscheiden, Knorpel und Knochen mit scharfem Löffel auszukratzen, eventuell unter Ausmeisselung einer keilförmigen Rinne aus dem Knochen. Vorhandene Fisteln sind breit einzuschneiden und das perifistuläre Bindegewebe ist zu exzidieren. Sodann sind die Knochenvertiefungen nach Formalin- oder Joddesinfektion mit Jodoform- oder Bismuthplomben auszufüllen, worauf das Gelenk mit Mull ausgestopft, zugeklappt, verbunden und immobilisiert wird. Beim Verbandwechsel wird wieder das ganze Gelenk nach frischen Herden abgesucht. solche werden entfernt. Von 46 Operierten konnten 75% nach einer Behandlung von 3—6 Monaten als geheilt entlassen werden, meist mit vollständiger Ankylose. Die besten Erfolge lieferte das Ellenbogengelenk, die ungünstigsten das Kniegelenk. Zuweilen gerät nach anfänglich günstigem Heilungsverlauf die ganze granulierende Wundfläche in Zerfall, Fieber setzt ein, es bilden sich neue Herde und Metastasen, und es kommt zur Amputation oder zum Exitus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Oberst.** Die herdförmige Tuberkulose der grossen Extremitätenknochen, mit besonderer Berücksichtigung der metaphysären Lokalisation. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124, H. 5—6, p. 431.)

Nachdem Verf. die Erfolge der Heliotherapie bei Knochentuberkulose erwähnt und seine Ueberzeugung ausgedrückt, dass oft eine Kombination derselben mit dem operativen Verfahren am Platze sei, bespricht er kurz die Anatomie der Knochentuberkulose, speziell die Frage über Entstehung und Lokalisation der Herde und ihren Zusammenhang mit den Gefässverzweigungen, sowie ihre Diagnostik durch die Röntgenstrahlen. Sodann führt er eine Anzahl typischer



Fälle von Tuberkulose der Extremitätenknochenmetaphyse an, bei welchen durch operative Behandlung das Uebergreifen des Herdes auf Epiphyse und Gelenk verhindert wurde.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Müller.** Fortschritte in der Behandlung chirurgischer Tuberkulose. Sammelreferat aus dem Gebiete der Chirurgie. (Dtsch. milit. Ztschrft. 42. Jg. H. 20, p. 794.)

Im Vordergrund steht die Lichtbehandlung der Tuberkulose im Hochgebirge, am Meeresstrand, oder in Kliniken durch künstliche Belichtung. Zur mechanischen Einengung des Brustkorbes über dem Erkrankungsherd der Lunge schlägt Wilms die Pfeilerresektion der Rippen vor, während Sauerbruch zur Ruhigstellung der Lunge eine künstliche Zwerchfellslähmung vermittelst Durchschneidung des N. phrenicus zu erreichen sucht. Baer und Jessen empfehlen die extrapleurale Pneumolyse, Bier eine Verbesserung der Stauungstherapie, bestehend in dreimal täglich vierstündiger Stauung, dabei innerlich Jodpräparate. In tuberkulöse Gelenke werden Injektionen mit Jod, Karbolsäure, Phenolkampher ausgeführt. Ueber den Wert des Tuberkulin Rosenbach sind die Ansichten noch geteilt. Tuberkelbazillen lassen sich im strömenden Blut bei Knochentuberkulose häufiger nachweisen als bei Drüsen- und Weichteiltuberkulose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Painter.** The influence of skelett defects, congenital and acquired, upon the body in health and disease. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVI. Nr. 4, p. 469.)

Die Arbeit enthält eine vergleichend-anatomische Betrachtung über den Einfluss von erworbenen und angeborenen Skelettveränderungen (gewerbliche Schädigungen des Knochen-Muskelsystems, Einfluss des Plattfusses auf das Gleichgewicht des ganzen Körpers, Veränderungen der letzten Lumbalwirbel und des Sakrum phylogenetisch mit dem aufrechten Gang zusammenhängend), die oft von einer Enteroptose gefolgt werden, welche allgemeine Körperbeschwerden hervorbringt. Nach Lane wird eine Knochentuberkulose bei Kindern geradezu begünstigt, sogar die Infektion durch Enteroptose verursacht, weshalb er bei allen operativ zu behandelnden Knochentuberkulosekindern vor der ostalen Operation eine verkürzende Operation am Mesenterium macht, um die Enteroptose zu beseitigen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Wachsner.** Ueber akute Osteomyelitis und Osteoplastik im Kindesalter. (Archiv für Kinderheilkunde LX. Bd.).



Wachsner bespricht Pathogenese und Klinik der Osteomyelitis im Kindesalter. Er tritt der Ansicht Elegants entgegen, dass die Osteomyelitis nur sehr selten in den ersten Lebensjahren auftrete, da das Kind frühzeitig der Infektion erliege. Desgleichen wendet er sich gegen die Meinung der französischen Autoren, die im Kindesalter oft Formen mit langsamem Verlauf, umschriebener Knochenschwellung und Neigung zu spontaner Resorption angetroffen haben wollen. Als häufigste Form der Osteomyelitis im Säuglingsalter betrachtet er das Befallensein mehrerer Gelenke mit primärem Herde in der Epiphyse, an zweiter Stelle kommen die unkomplizierten Schaftaffektionen, die fast immer multipel auftreten.

Sind im frühen Kindesalter mehrere Gelenke befallen, so macht oft die Differenzialdiagnose gegenüber anderen Gelenkserkrankungen grosse Schwierigkeiten.

Im Anschluss an die oft verstümmelnden Operationen bei Osteomyelitis bespricht Verfasser die wichtigsten Leitsätze der Auto- und Heteroplastik und illustriert diese an der Hand interessanter Fälle. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

15) **Klemm.** Ueber die Veränderungen der knöchernen Grundsubstanz bei Osteomyelitis und ihre Ursachen (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124, H. 1—4, p. 309.)

Alle Veränderungen an osteomyelitischen Knochen sind eine Reaktionserscheinung der Markerkrankung; das biomechanische Gesetz für Knochenproduktion und Knochenresorption ist beim osteomyelitischen Knochen gestört. Am Knochenwachstum ist das Mark in keiner Weise beteiligt, sondern es geht von den Osteoblasten und den ihnen gleichwertigen Zellen aus. Die Resorption erfolgt entweder infolge Einschmelzung des Knochens durch das infizierte und gewucherte Mark, oder infolge lakunärer Korrosion durch die Osteoklasten. Diese gehen aus den Osteoblasten hervor; die Aenderung der Druck- und Spannungsverhältnisse im Knochen ruft eine Aenderung der Zellfunktion hervor, und die knochenproduzierende Eigenschaft wird zu einer knochenzerstörenden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Bardin.** Kystes hydatiques des os. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 79 et 81. p. 1283 et 1307.)

Der Aufsatz enthält Allgemeintheoretisches über die seltene Erkrankung an Hydatidenzysten der Knochen, meist multilokulär, äusserst selten unilokulär. Keine eigenen Beobachtungen. Trauma oft als auslösendes Moment der Erkrankung. Infektion von der Leber aus auf dem Blutweg; Sitz: Hirn, Wirbel, Becken, Extre-



mitäten (Epiphysen). Lange Latenzzeit der Erkrankung. Symptome: Spontanfrakturen der Knochen, Tumor, Ulzeration. Punktionsergebnis: erbspuréeartige Massen mit Hydatidenteilen. Allgemeine Kachexie des Patienten. Auf dem Röntgenbild: keine Periostreaktion wie bei anderen Knochenerkrankungen. Therapie: breite Eröffnung der Höhlen, gründliche Ausräumung. Bei grosser Ausbreitung: Ablation ganzer Gliedmassen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) v. **Bergmann.** Zur Kasuistik von Zysten in den langen Röhrenknochen. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124. H. 1/4, p. 1.)

Verf. stellte bei einem 7jährigen Knaben, der zweimal den rechten Oberschenkel gebrochen, im Röntgenbild eine Knochenzyste des betreffenden Oberschenkels mit dünner Kortikalis fest. Später aufgenommene Bilder zeigten eine langsame Stärkezunahme der Kortikalis. Auf welchen Reizen die Tätigkeit der Osteoklasten und Osteoblasten beruht, ist noch näher zu erforschen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **King.** Differentiation in chronic joint affections. (Brit. med. Journ. 4. X. 13, p. 861.)

V. macht eine theoretische Einleitung zwischen Osteoarthritis, rheumatischer und infektiöser Arthritis. Bei ersterer ist das Kiefergelenk frei, bei der rheumatischen Form meist beteiligt. Bei der rheumatischen Affektion hat V. auf dem Radiogramm nie eine grössere Durchsichtigkeit der Knochen (Verlust von Kalksalzen) gefunden. Die Spondylitis deformans kommt sowohl bei rheumatischen wie osteoarthritischen Leiden vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

19) v. **Manteuffel.** Ueber experimentelle Arthritis deformans. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124, H. 1—4, p. 321.)

Verf. gelang es durch künstliche Erfrierung, in geringerem Grade durch Stauung der hinteren Extremitäten von Meerschweinen Gelenksveränderungen zu erhalten, welche durchaus den Bildern der Arthritis deformans glichen. Ein aetiologischer Zusammenhang zwischen Gefässsklerose der Weichteile und den Veränderungen in Knochen und Knorpel konnte nicht konstatiert werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Brehm.** Zur Kasuistik der Gelenkmäuse. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. B. 124. H. 1/4, p. 81.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Gelenkmäusen, erstens in einem typisch arthritisch veränderten Kniegelenk, zweitens in einem scheinbar gesunden Gelenke, und er hält die Theorie von Axhausen für



richtig, dass die verschiedenen Formen der Gelenkmäuse sich alle aus einer primären Knorpelnekrose ableiten lassen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Greiffenhagen.** Ueber den Wert der Hornbolzung und deren Technik. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124, H. 14, p. 137.

Verf. wandte bei 1 Oberarm- und 5 Oberschenkelfrakturen die von Lexer empfohlene Implantation von Bolzen aus tierischem Horn mit guten Konsolidationserfolgen an. Das Horn ist sicher sterilisierbar, ermöglicht durch seine Stabilität eine langdauernde genügende Fixierung und ist anderseits einer langsamen Resorption zugänglich. Für Röntgenstrahlen ist Horn durchlässiger als Knochen, und daher ist die Lage des Bolzens im Radiogramm nur schwer, oder gar nicht festzustellen. Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Braunwarth.** Ein Fall von Dystrophia musculorum progressiva. Tod durch Zwerchfelllähmung. (Ztschrft. f. klin. Med. Bd. 78, H. 3 4, p. 361.)

Verf. berichtet über einen Fall von progressiver Muskelatrophie, bei welcher der Tod durch reine Zwerchfelllähmung, also durch das Leiden selbst, ohne eine weitere Erkrankung, herbeigeführt wurde. Klinischer Befund und Sektion ergaben eine starke Atrophie der Schultergürtel- und Rückenmuskulatur; mikroskopisch wurde Degeneration und Atrophie der Muskulatur nachgewiesen, neben wahrscheinlich sekundärer atrophischer Veränderung des Rückenmarks. Der grösste Teil der Zwerchfellmuskulatur war durch lockeres Bindegewebe, zum Teil durch Fettgewebe ersetzt. Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Rehn.** Klinischer Beitrag zur freien Sehnenverpflanzung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. H. 1, p. 15.)

Verf. schildert 9 Fälle von autoplastischen Sehnentransplantationen, meist an der Hand, welche in der Mehrzahl durch traumatische Sehnendefekte bedingt wurden. Als Material diente die Sehne des Palmar. long., auch die Achilles- und Rectus cruris-Sehne. Die Resultate des plastischen Ersatzes der Strecksehnen waren bessere als beim Ersatz der Beugesehnen, entsprechend den einfacheren anatomischen Verhältnissen und leichterem Operationsverfahren. Die Implantation darf nicht in Narbengewebe, sondern nur in gut durchblutetes, lockeres Gewebe erfolgen. Funktionsstörungen durch Dehnung der implantierten Sehne oder durch Verwachsung mit der Umgebung lassen sich durch einen weiteren kleinen operativen Eingriff beheben. Für ein gutes funktionelles Endresultat braucht es langer Nachbehandlung und grosser Energie des Patienten. Spitzer-Manhold, Zürich.



24) **Zappert.** Fehldiagnosen bei Poliomyelitis. (Archiv für Kinderheilkunde LX. Bd.).

Eine Reihe von Poliomyelitisfällen tritt unter einem anderen Symptomenkomplex auf und wird infolgedessen oft verkannt. Verfasser widerspricht der verbreiteten Ansicht, dass die Poliomyelitis nicht ausschliesslich eine Erkrankung sui generis sei, sondern als Folgekrankheit akuter Infektionskrankheiten wie: Diphtherie, Scharlach und Masern auftreten könne. Verfasser hat Fälle von Poliomyelitis beobachtet, die im Frühstadium mit postfebriler Müdigkeit, Diphtherie, akuten Exanthemen, Otitis media und akutem Gelenkrheumatismus verwechselt wurden. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

25) **Dynkin.** Zur Pathogenese und Klinik der zerebralen postdiphtherischen Lähmungen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 79. Bd.).

Die Ursache der postdiphtherischen Lähmungen ist in der grossen Mehrzahl der Fälle eine Embolie infolge der Herzthrombose, seltener infolge der Thrombose der grossen Gefässe. Ueber die Encephalitis als Ursache der Hemiplegie sind bisher noch keine beweisenden Fälle veröffentlicht. Es ist zweifelhaft, ob ein Bluterguss im Gehirn eine Hemiplegie in reinen, unkomplizierten Fällen verursachen kann.

Die zerebrale Lähmung finden wir nur bei schweren Formen der Diphtherie. In allen Fällen geht eine starke Herzschwäche, Arythmie, doppelter Ton, Geräusche oder Herzerweiterung der Lähmung voran. Die zerebralen Lähmungen treten am häufigsten in der 3.—4. Woche nach dem Krankheitsbeginn auf. Der Ausgang ist oft letal; in vielen Fällen tritt aber auch Genesung ein, wobei das Bewegungsvermögen langsam zurückkehrt.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

26) **Luxembourg.** Beiträge zur operativen Behandlung traumatischer peripherer Nervenlähmungen. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 123. H. 5/6, p. 562.)

Verf. beschreibt 7 Fälle von traumatischen Nervenlähmungen des Armes oder Beines und die zur Heilung der Lähmungen an den peripheren Nerven vorgenommenen plastischen Operationen, welche meist mit gleichzeitiger Sehnen- oder Muskelplastik verbunden wurden. Der Erfolg war fast in allen Fällen sehr befriedigend.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Löhe.** Beitrag zur Chirurgie der Nervenlepra. (Dtsch. milit. Ztschrft. Jg. 42. H. 19, Festbeilage p. 129.)

Bei einem 35 jährigen Brasilianer, welcher neben einem oberflächlichen Lepraherd auf dem linken Handrücken, der unter Arsentherapie verschwand, eine starke Verdickung des N. radialis



und Lähmung der Hand zeigte, wurde der Nerv freigelegt, die tumorartige Anschwellung gespalten und die verkästen Partien im Innern des Nerven mit dem scharfen Löffel entfernt. Die Wundheilung nahm einen ungestörten Verlauf; die Nervenstörung ist noch nicht behoben, doch führten zwei ähnliche Operationen vom Jahre 1888 und 1904 zur vollkommenen Heilung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Zeltner.** Die Entwicklung des Thorax von der Geburt bis zur Vollendung des Wachstums und ihre Beziehungen zur Rachitis. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 78. Bd. Ergänzungs-Heft.)

Verfasser hat den Thorax einer grossen Zahl von Personen in jeder Altersstufe vom frühesten Säuglingsalter bis zum 40. Lebensjahre untersucht und kam zu folgendem Ergebnisse: Zunächst findet, der gewaltig drängenden Lunge nachgebend, ein kolossales Breitenwachstum des Thorax statt, der am Schlusse des ersten Lebensjahres sein grösstes Dickenwachstum erreicht hat. Im dritten Lebensjahre kommt es zu allmählichem Längenwachstum, das in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres lebhafter wird. Die Ausbildung des Rippenbogens ist an die Erlernung des Sitzens und Gehens geknüpft. Mit 1½ bis 2 Jahren ist die Umformung des Säuglingsthorax in die spätere Gestalt im Prinzip vollendet. Dann folgen Jahre ruhiger Entwicklung bis zum Beginn der Pubertät.

In diesem Zeitraum setzt ein neues Stadium der Thoraxentwicklung ein, das sich zunächst in auffallendem Längenwachstum äussert. Im Rippenbogen findet man in den Pubertätsjahren eine gewaltige Anhäufung von Knorpelsubstanz. Die Wachstumssteigerung des Sternums fällt in eine spätere Periode der Pubertät. Der Umfang des Thorax wächst zunächst stetig, bis er im 16. bis 17. Jahre einer geradezu explosiven Entwicklung Platz macht. Mit dem 20. Lebensjahre setzt die letzte Phase der Thoraxentwicklung ein, die nötig ist, um dem Thorax den Charakter des männlichen zu geben: Der Knorpelüberschuss ist durch die mächtige Knochenneubildung der letzten Jahre immer mehr verbraucht worden und nun tritt die durch das Sternalwachstum bedingte Abflachung des Rippenbogens immer mehr in Erscheinung, wobei der untere Brustumfang immer mehr an Breite gewinnt.

Die Untersuchungen des Verfassers bestätigen das Pommer-Schmorl'sche Gesetz, wonach die Blütezeit der Thoraxrachitis in die Zeit der gesteigerten Thoraxentwicklung fallen muss. Als entwicklungshemmende Momente für den Thorax kommen in Betracht:



erstens das verspätete Sitzenlernen, das allein schon genügt, um das Längenwachstum des Thorax zu hemmen, zweitens der Froschbauch.

Leichtere Fälle von Rachitis heilen oft spurlos aus, sonst bleibt der Thorax von säuglinghaftem Typus. In den Fällen, in denen der Säuglingthorax in das spätere Lebensalter übernommen wird, kann nach Heubner eine gewisse Disposition zu asthmatischen Zuständen geschaffen werden. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

29) **Lance**. Le traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbott. (Gaz. des hop. 86. année Nr. 82, p. 1328.)

Abbotts Methode weicht von der üblichen Extensionskorrektion der Wirbeldeviation diametral ab: durch die Hyperextension wird die Wirbelsäule möglichst unbeweglich. Bei Flexion ist ihr Maximum der Beweglichkeit und die Deformität am leichtesten zu korrigieren. Daher Abbott'sche Methode auch für schwere Skoliosen: 1. Vorbereitungsperiode durch Gymnastik. 2—4 Monate. 2. Reduktion. Lagern in einer hängemattenartigen komplizierten Vorrichtung. Kopf und Beine erhöht. Wirbelsäule in starker Flexion. Polsterung mit dicken Filzschichten an den Konvexitäten. Reduktion der dorsalen und kostalen Torsionsdifformität durch Druck auf die vordere Gibbosität (nicht wie bisher auf die hintere), um die Flexion der Wirbelsäule zu erhöhen. Schulter- und Beckengürtel sind in einem ihrer fehlerhaften Torsion entgegengesetzten Sinn fixiert. Die mittlere Rumpfpartie wird zur Hyperkorrektion auf die andere Seite torquiert. An der Konkavität des Thorax hinten wird ein grosses Fenster in den Gipsverband eingeschnitten, zwei seitliche vorn zum Einschieben der Kompressionsfilze. Allmählich wird durch Atemübungen (ca. 1—3 Monate) die konkave Seite des Thorax aus der hinteren Verbandöffnung hinausgedrängt und so eine Hyperkorrektion erlangt. Hat diese 6—8 Wochen bestanden, wird der Gipsverband abgenommen und ein Celluloidkorsett zur 3. Festhaltung der Hyperkorrektion für eine zeitlang getragen, 2 mal täglich zur Gymnastik abgelegt, dann allmählich für nachts, dann auch am Tage. Die Prozedur fordert 15—18 Monate im ganzen, gab aber, wie alle bisherigen Erfahrungen zeigten, (auch eigene des Verfassers) weit bessere Resultate als die bisher üblichen Methoden. Das Alter des Patienten und Schmerzen sind keine Kontraindikationen, hingegen frische Rachitis (Abwarten, allgemeine hygienische Lebensführung, flaches Liegen!), Rippenverlötungen, Herz- und Lungenaffektionen (Gefahr des Ausbruchs einer Bazillose bei Tb-verdächtigen wegen der ver-



minderten Respirationsfläche infolge der Kompression im Gipsverband).

Extrem schwere Fälle zeigten eine dauernde Besserung durch Anwendung der Methode, wie es mit der totalen Heilung aussehen wird, muss die Zeit lehren. Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Brückner.** Ueber die skaphoide Form des Schulterblattes. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 78. Bd. Heft 3.).

Verfasser tritt auf Grund von 42 untersuchten Kindern mit Scapula scaphoidea der Ansicht Graves entgegen, dass diese Anomalie ein diagnostisches Merkmal für Syphilis in der Aszendenz sei. Auch der Intellekt der Kinder entsprach im Gegensatz zu Graves Fällen im Durchschnitt der Norm.

Die Frage der Aetiologie der Skapula scaphoidea entscheidet Brückner nicht. Er hält es für möglich, dass sie sich unter Umständen aus einer normalen Anlage infolge mangelhaften Muskelzuges entwickeln kann. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

31) **Young.** Spinal abscesses. (Boston med. u. surg. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 13, p. 457.)

Wirbelsäulenabszesse sind meist tuberkulösen Ursprungs, selten sekundär von Infektion mit Staphylo-, Strepto-, Gonococcus, Typhus, Rheuma, Aktinomykose, Syphilis, Gicht herstammend.

In der Halsregion inzidiere man möglichst früh, um eine Verbreitung der Infektion in den Thoraxraum zu verhüten. In der Dorsal- und Lumbalregion wird sich ein früher operativer Eingriff von selbst aufdrängen, da die Abszesse hier sehr schmerzhaft sind. Die Psoasabszesse hingegen, besonders wenn sie nicht mehr frisch sind (schon 2—3 Monate bestehen), kann man längere Zeit „sich sammeln lassen". Der Vorteil dabei ist noch, dass durch das Grösserwerden der Abszesse das Peritoneum aus dem Weg gedrängt wird; der Abszess drängt sich nach der Innenseite der spina ant. sup., die Inzision kann somit in einer oberflächlicheren Region gemacht werden, und die Bauchhöhle wird vor der Möglichkeit einer Infektion behütet.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Sinnhuber.** Die Differentialdiagnose der Ischias und der akuten und chronischen Hüftgelenkserkrankung des jugendlichen Alters. (Dtsch. milit. Ztschrft. Jg. 42. H. 19, Festbeilage p. 48.)

Verf. erwähnt kurz die traumatischen Affektionen der Hüfte und die mit dem Wachstum im Zusammenhang stehenden Hüfterkrankungen und bespricht dann ausführlich die differentialdiagnostischen Merkmale der akuten und chronischen Coxitiden,



speziell der Arthritis deformans coxae, gegenüber der Ischias, welche im Frühstadium häufig Fehldiagnosen verursachen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Forbes.** The surgical treatment of monarticular rheumatoid arthritis of the hip. (The New York med. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 13, p. 614.)

Eine radikale Entfernung von Femurhals und -Kopf (wegen des allzugrossen Shocks und eines unsoliden schmerzhaften neuen Gelenks) sowie die Arthrodesenoperation sind jetzt verlassen worden. Jetzt wird höchstens unter Verhütung eines zu grossen Blutverlustes vorsichtig der Femurkopf dicht am Hals abgetragen, letzterer wieder reponiert und durch gutes Vernähen der tiefen Muskeln fixiert, auch der Trochanter major wird an seiner früheren Stelle mit Draht fixiert. Das Bein wird in stärkster Abduktion für 6 Wochen eingegipst. Erst nach Ablauf dieser Zeit fängt man mit vorsichtigen passiven und aktiven Bewegungen an. So behandelte monartikuläre rheumatische Hüftgelenkserkrankungen lieferten gute Resultate, mit der Zeit bildete sich ein widerstandsfähiger bindegewebiger Femurkopf.

Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Hoffmann, Phil.** An operation for severe grades of contracted or clawed toes. (The American journal of orthopedic surgery, Bd. 9, Heft 3, 1912.)

Bei den „Klauenzehen" oder multiplen Hammerzehen artikulieren die dorsalflektierten, hyperextendierten Grundphalangen der Zehen mit der Dorsalfläche der Metatarsalknochen und drücken so die plantaren Flächen der Metatarsalköpfchen auf die Sohle. Meist ist die Ursache des Entstehens dieser Deformität zu enges und zu kurzes Schuhwerk, seltener Kinderlähmung. Handelt es sich um eine vestimentäre Deformität, so ist regelmässig auch hallux valgus vorhanden, ist die Ursache der Klauenstellung aber eine Lähmung, findet sich auch regelmässig Hohlfuss. Oft werden die Pat. infolge der starken Schmerzen, die sie bei jedem Auftreten quälen, bettlägerig. H. macht auf der Fusssohle einen bogenförmigen Querschnitt über die ganze Sohle hinweg, vor den Metatarsalköpfchen, und reseciert von diesem Schnitt aus die Köpfe und, wenn es nötig ist, auch noch ein Stück von den Körpern der Metatarsalknochen. Dann streckt und reponiert er die Zehen, so dass sie mit ihren Metatarsalknochen in einer geraden Linie stehen, und streckt auch alle kontrakten Weichteile; wenn genügend viel von den Knochen weggenommen ist, dann sind Tenotomien unnötig. Bei einigen Fällen wurden die Sehnen so schlaff, dass sie erst nach 6 bis 8



Wochen wieder so weit geschrumpft waren, dass sie die Zehen wieder bewegen konnten. Bei der Resektion der Köpfchen muss man sich hüten, die Beugesehnen, die bei dieser Deformität fast immer luxiert sind und in den Intermetatarsalräumen liegen, zu verletzen; liegen die Sehnen noch an ihrem normalen Platz, so sind sie bei der Resektion sorgfältig zur Seite zu ziehen. Die Inzisionsnarbe kommt vor den Fussballen zu liegen und kann also später keine Beschwerden machen. Ist Hohlfuss vorhanden, so wird er durch Verkürzung des ersten Metatarsus korrigiert. Weder Schiene noch fixierender Verband ist nach der Operation nötig, die sehr gute Resultate ergibt, wenn man genügend grosse Stücke Knochen reseziert, so dass sich die Grundphalangen und die Stümpfe der Metatarsen nach der Reposition zunächst nicht berühren. Die Indikation für diese Operation ist nur bei hochgradigen Klauenzehen vorhanden, wenn eben die Grundphalangen mit den Dorsalflächen der Metatarsalköpfchen artikulieren, bei leichten Fällen kommt man mit Tenotomien oder mit Sehnenüberpflanzungen zum Ziel.

Klar-München.

35) **Merrill, William Jackson.** Conservative treatment of hammer toe. (The American journal of orthopedic surgery, Vol. 10, Heft 2, 1912.)

M. durchtrennt die Extensorsehne und vernäht das proximale Ende auf der Dorsalseite mit dem Köpfchen des Metatarsus und befestigt das proximale Ende der Sehnen der Flexoren nach deren Durchtrennung an der Basis der Grundphalanx; zuweilen macht er noch, um die Zehe sicher gestreckt zu halten, eine Arthrodese des Gelenks zwischen Grund- und Mittelphalanx. Nachbehandlung mit Schienchen.

Klar-München.

36) **Keller.** Further observations on the surgical treatment of hallux valgus and bunions. (The New-York med. Journal Vol. XCV Nr. 14 p. 696).

Die Operation die V. bei 26 Fällen von hallux valgus und „Ballen“ ausführte, besteht in Inzision über dem affizierten Metatarsophalangealgelenk, Absägen der Phalangenbasis (Verkürzung der grossen Zehe), Abtragen des Exostose am Metatarsus I, Ueberkorrektion, Naht, gut gepolsterte Schiene. Nach 5 Tagen passive Bewegungen. Vor Ende der dritten Woche dürfen die Patienten nicht herumgehen. Die Erfolge waren gute.

Spitzer-Manhold-Zürich.

37) **Metcalf.** Acquired hallux valgus: late results from operative and non operative treatment. (The Boston med. Journ. V. CLXVII. Nr. 9. p. 271.)



Nach Ansicht des Verf. entsteht die Affektion nur infolge schlechten Schuhwerkes. Kommt man unblutig mit richtigen Schuhen und Sohlen nicht zum Ziel, so wende man eine der 15 bekannten Operationsmethoden an. V. gibt den dreien von Porter, Hueter und Mayo vor allen anderen den Vorzug. Die letzteren zwei verlangen später Einlagen. Jede Operation, Schienung und Nachbehandlung muss aber, wie immer, genau individualisiert werden.

Spitzer-Manhold-Zürich.

38) **Hollensen.** Ein Fall von Hallux varus. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 121, H. 5—6, p. 581.)

Verf. berichtet über einen Fall des sehr selten vorkommenden reinen Hallux varus bei einem 14jährigen Knaben. Die grosse Zehe war in einem Winkel von 65° nach der medialen Seite abgeknickt, mit medialer Abrutschung der Sehne des Extensor hallucis. Das Röntgenbild ergab Subluxationsstellung der Grundphalanx. Die Therapie bestand in Abmeisselung eines lateralen Keiles des Metatarsusköpfchens, Stellungskorrektur, lateraler Fixation der Extensorensehne durch einen abgelösten Periostlappen und Schienenverband und bewirkte ein ideales Resultat. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

39) **Kirmisson et Bailleul.** Les difformités des orteils envisagées du point de vue de leur pathogénie. (Revue d'orthopédie 24. année Nr. 2, p. 97).

Vv. verfügen über 344 Beobachtungen von missgestalteten Zehen (angeborene 17, nach Nervenläsion zentraler oder peripherer Natur 139, kombiniert mit Plattfuss allein 73, Rheumatismus dazu 41, Rheumatismus allein 50, aus unbestimmten Ursachen 24). Sie treten dem in allen Lehrbüchern behaupteten Standpunkt entgegen, dass die Zehenmissbildungen hauptsächlich auf mechanische Ursachen, schlechtes Schuhwerk, zurückzuführen seien und glauben als Hauptursache der Diformität chronischen Rheumatismus anführen zu können. Viele Abbildungen (Photogramme, Zeichnungen, Radiogramme) erläutern den Text. **Spitzer-Manhold**-Zürich.

40) **Rendu** et **Loaec.** Hypertrophie congénitale des premier et deuxième orteils. (Revue d'orthopédie 24. année Nr. 2, p. 157.)

Ein 12jähriger Knabe zeigte angeborene Hypertrophie der linken grossen Zehe und eine später aufgetretene der zweiten. Die Grössenzunahme hatte in letzter Zeit starke Fortschritte gemacht und bildete ein mechanisches Hindernis, so dass links 1. und 2. Zehe exartikuliert wurden. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: partieller Gigantismus, ohne entzündliche oder neoplastische Erscheinungen. **Spitzer-Manhold**-Zürich.



Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

41) **Berliner orthopädische Gesellschaft.**

Sitzung am 3. November 1913.

Bericht über die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen von Berliner Schulkindern auf Rückgrats Verkrümmungen.

Demonstrationen:

1. **Bibergeil**: Chondromatosis des Handgelenks. Vorstellung eines 18jährigen jungen Mannes, der die typischen Erscheinungen der Gelenkkapselchondrome aufweist. Patient ist durch Arthrotomie geheilt. Es wurden im ganzen 3 Corpora libera nebst grösseren Teile der Gelenkkapsel entfernt. Die histologische Untersuchung eines freien Gelenkkörpers ergab reines Knorpelgewebe, wodurch eine Verwechslung mit der Osteochondritis dissecans ausgeschlossen ist.

Dazu Axhausen: Demonstriert zunächst Röntgenbilder eines Falles von Gelenkkapselchondromen des Kniegelenks, die in ausserordentlich grosser Zahl im Gelenkcavum liegen, und weist an der Hand einiger histologischen Präparate auf die wohlcharakterisierten Unterschiede hin zwischen den Gelenkkörpern bei der Chondromatosis und der Osteochondritis dissecans.

2. **Müller**: Ueber ossären Schiefhals: 11jähriger Knabe mit Schiefhaltung des Kopfes, bei dem die röntgenologische Untersuchung der Halswirbel säule kongenitale Anomalien aufgedeckt hat, die die Schiefhaltung des Kopfes bedingen.

3. **Ehringhaus**: Vorstellung zweier Patienten, die an einer stenosierenden Tendovaginitis des Sehnenfaches des M. extensor pollicis longus und abductor pollicis brevis gelitten haben. Er hat nach dem Vorschlage von de Quervain die Stricturstelle geschlitzt und in beiden Fällen Heilung erzielt.

Dazu **Biesalski**: Sah zweimal bei Damen durch Schleppentragen mit dem Daumen Beschwerden auftreten, die nach Vermeiden der schädlichen Haltung verschwanden.

4. **Hirsch**: a) Kongenitaler Thoraxdefekt und Schulterblatthochstand. Es sind in dem vorgestellten Fall ziemlich ausgedehnte Defekte im Bereiche der Mm. serratus anticus und pectoralis major vorhanden. Der linke Arm kann nur bis zur Horizontalen erhoben werden.

b) Traumatische Arthritis des Handgelenks nach Fingerfraktur. Ausserordentlich seltener Fall einer rasch auftretenden Verknöcherung der Handwurzelknochen nach einer Fraktur an der Basis des V. Metacarpus. Das Radio-carpalgelenk ist frei. Dagegen befinden sich an der Radiusepiphyse und am Proc. styloideus ulnae Auflagerungen, die als Aeusserungen einer Arthritis aufzufassen sind. Mit der Sudeckschen traumatischen Knochenatrophie hat das Leiden nichts zu tun.

5. **Joachimsthal**: a) Solitäre Knochenzysten: Vorstellung eines Kindes mit einer Zyste im unteren Fibulaende, die durch Excochleation beseitigt wurde. Vorstellung.

b) Zur Therapie der Coxa vara: In einem hochgradigen Fall von Coxa vara duplex mit fast völliger Unmöglichkeit zu gehen, hat die beiderseits ausgeführte subtrochantere Osteotomie ein ideales Resultat ergeben, sodass Patientin funktionell völlig geheilt erscheint. Vorstellung.

6. **Kölliker-Leipzig**: 2 Fälle von Neurolyse. In dem ersten Falle



der einen Mann betrifft, der gleichzeitig eine Radius- und Humerusfraktur erlitten hatte, wurde die komplette Radialislähmung dadurch beseitigt, dass eine proximal vom sulcus radialis gelegene Exostose entfernt, der Nerv verlagert und auf einen dem Knochen aufgelagerten gestielten Fettlappen befestigt wurde. Fünf Monate nach der Operation trat Besserung auf, die jetzt, nach 8 Monaten soweit gediehen ist, dass Patient kaum noch einen Funktionsausfall aufweist. Im zweiten Falle, bei dem die Lähmung durch eine Quetschung des Nerven entstanden war, ging K. ähnlich vor.

Dazu **Biesalski**: Bericht über einen Fall von Durchschneidung des Radialis durch das abgebrochene Humerusende bei einer Ellbogenfraktur. Naht der Enden des Radialis. Heilung.

7. **Peltesohn**: a) Reponierte Distensionsluxation der Hüfte bei Mongolismus: Vorstellung des durch unblutige Reposition in Narkose behandelten und geheilten kleinen Patienten. P. macht an der Hand einiger Röntgenbilder auf die abnormen Vorgänge der Ossifikation an den Händen bei Mongolismus aufmerksam.

Dazu **Maass**: Hat dasselbe Kind vor der Behandlung untersuchen können und bestätigt die Diagnose.

b) Zur Behandlung schwerer Flexionskontrakturen der Hüfte: Vorstellung eines jungen Mädchens, das an hochgradigster Flexionsstellung der Hüfte nach ausgeheilter Tuberkulose gelitten hat. Die subtrochantere Osteotomie hat ein ideales Resultat ergeben. P. rät, die Flexionsstellung nur bis etwa zu einem Winkel von 30—25° auszugleichen, da dann die Patienten imstande sind zu sitzen.

c) Fall von Blutergelenk. Vorstellung eines jungen Mannes mit einer rechtwinkligen Flexionsstellung des rechten Kniegelenks nebst Verwachsung der Patella. Patient hat vor kurzem einen Unfall erlitten, bei dem eine Quetschung des Unterkiefers sowie der Zahnreihe des Unterkiefers stattfand. Man sieht noch jetzt die Reste der durch Kontusion entstandenen starken Blutung, die erst nach Injektion von Pferdeserum zum Stillstand kam. Die Untersuchung des Blutes bezüglich der Morphologie, sowie der Gerinnungsfähigkeit hatte keine Abweichung von der Norm erkennen lassen. P. gedenkt nach prophylaktischen Pferdeseruminjektionen eine parartikuläre Korrektur der Deformität vorzunehmen.

8. **Töpfer**: Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelerkrankungen mit Vaccine. Vorstellung dreier Patienten bei denen T. mit der intravenösen Arthigonbehandlung in überraschend kurzer Zeit wesentliche Besserung, ja Heilung erzielt hat. T. rät, die erkrankten Gelenke resp. Schleimbeutel, speziell bei der Bursitis subcalcanea (Calcaneodynie), während der Injektionsbehandlung ruhig zu stellen und die Patienten liegen zu lassen.

9. **Bibergeil**: Seltene Fussdeformität. Vorstellung eines 17jährigen jungen Mädchens mit einem Pes metatarsus supinatus, einer Hypoplasie der Mittelfussknochen, die offenbar angeboren ist, sowie einer Myelodysplasie mit Spina bifida occulta. B. hat Patientin durch unblutiges Redressement geheilt. Zur Verhütung eines Rezidivs soll eine Sehnentransplantation vorgenommen werden.

10. **Ehringhaus**: Periostale Tuberkulose langer Röhrenknochen. Demonstration der Röntgenbilder eines diesbezüglichen Falles, der die Fibula betraf.



11. **Wohlauer**: Ueber tabische Gelenkerkrankungen. Demonstration von Röntgenbildern zur Frühdiagnose der Tabes.

Bibergeil, Berlin.

42) **Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen,**

14. Tagung, Kiel, 21. 6. 1913.

(Zentralblatt für Chirurgie Nr. 36. 1913.)

Herr **Göbell**: Ueber die diagnostische Anbohrung der Wirbelkörper. Um die Schwierigkeiten bei der Diagnose der Wirbelerkrankungen besser zu überwinden, hat G. die Anbohrung des Wirbelkörpers durch die Basis des Wirbelbogens in 4 Fällen ausgeführt. Vorher sind die Richtungswinkel der Basis des Wirbelbogens zur Sagittallinie und zur Achse des processus spinosus genau zu bestimmen. Man muss an der Basis des processus articularis superior einbohren; diese Stelle findet man, indem man durch Höllensteinstift den processus spinosus des verdächtigen und der beiden benachbarten Wirbel markiert, dann mit Jodtinktur desinfiziert, und unter Lokalanästhesie (Novokain-Suprarenin) mit der Spitze der Kanüle die Spitze des processus transversus aufsucht, diese auch markiert und dann mit einer 2. Kanüle nach dem aufsteigenden processus articularis fühlt; hier lässt man die Kanüle stecken und geht ein wenig rechts von der Mitte zwischen dem oberen Rand des processus spinosus und dem processus transversus unterhalb des aufsteigenden processus articularis nach vorn mit dem Bohrer ein. Man darf, um Nebenverletzungen zu vermeiden, nicht tiefer als 3- bis 4 cm eingehen. Dass der Bohrer in den Wirbelkörper eingedrungen ist, fühlt man daran, dass er weniger Widerstand findet; dann zieht man den Bohrer heraus, setzt eine Biersche Lumbalkanüle ein und saugt mit der Rekordspritze an. An der Halswirbelsäule ist dieses Verfahren nicht ausführbar wegen der Gefahr der Verletzung der arteria vertebralis. Bei den 4 Fällen handelte es sich einmal um die Differentialdiagnose zwischen Tumor des 4. Lendenwirbelkörpers und Sklerose des Rückenmarks bei einem 69jährigen Mann, beim zweiten zwischen Tumor und Tuberkulose des 7. Brustwirbels bei einer 71jährigen Frau, beim dritten zwischen Tumor und Tuberkulose des 2. Lendenwirbels bei einer 35jährigen Frau, und beim vierten um eine spondylitis tuberculosa des 4. Brustwirbels mit Lähmung beider Beine bei einem 5jährigen Knaben. G. hofft, durch die Punktion des Wirbelkörpers die Frühdiagnose der akuten eitrigen Wirbelkörperosteomyelitis, deren Mortalität noch 73,3 % beträgt, zu fördern. Von grossem Nutzen wird die Punktion bei Diagnose der Wirbeltumoren sein, da es schon vorgekommen ist, dass ein Wirbelkörpertumor reseziert wurde, der sich bei der Untersuchung als eine Karzinommetastase entpuppte.

Herr **Baum** (Kiel): Ueber die sogenannte Ostitis des os lunatum. Bei einem 24jährigen Manne, der vor 4 Jahren einen Sturz auf die rechte Hand erlitten hatte, stellten sich quälende Schmerzen bei Tage und bei Nacht ein; die selben Beschwerden zeigten sich bei einem 30jährigen Manne, der vor 11 Monaten eine Quetschung der rechten Hand sich zugezogen hatte. Bei beiden Fällen sieht man im Durchleuchtungsbild runde, vakuolenartige Aufhellung im os lunatum und eine teilweise Abhebung der radialen Gelenkfläche. Der Befund gleicht vollständig dem von Preiser für das os navikulare carpi beschriebenen Krankheitsbild. Die anatomische Untersuchung dieser beiden Fälle ergab, dass es sich bei beiden um eine Fraktur mit ausgedehnter Zermalmung und Nekrotisierung der Spongiosa handelt. Das etwas rätselhafte Krankheitsbild ist also als eine pseudarthrodische oder verzögerte Heilung mit anschliessender Arthritis des Radialgelenks aufzufassen.



Herr **Georg Schöne** (Greifswald): Bericht über ein Verfahren zur Bolzung von Vorderarmfrakturen.

Der gebrochene Knochen wird mit einem Hohlmeissel trepaniert, von da aus wird ein eben biegsamer, aber doch fester Silberbolzen unter leichten Hammerschlägen in die Markhöhle und durch die Frakturstelle hindurch in das andre Fragment eingeführt. Dann wird der Bolzen mit einer Kneifzange zugestutzt und wieder unter leichten Hammerschlägen mit einem einfachen, sondenartigen Instrument (Bolzenschieber) in die Markhöhle versenkt. Bei veralteten Fällen muss die Bruchstelle selbst freigelegt werden, um aus der Markhöhle den Kallus mit einem scharfen Löffel zu entfernen; in frischen Fällen gelingt es, den Bolzen ohne Freilegung der Bruchstelle unter dem Röntgenschirm durchzuführen. Das Verfahren hat sich in 3 Fällen von Schaftbrüchen der Ulna, bzw. des Radius als praktisch erwiesen. Die erforderlichen Instrumente (Bolzen, Bolzengriff und Bolzenschieber) werden von dem Instrumentenmacher Carbow in Greifswald hergestellt.

Herr **Brandes** (Kiel): Zur Behandlung der Anteversion bei kongenitaler Hüftgelenksluxation.

Da die hochgradige pathologische Anteversion des Schenkelhalses die Resultate der Reposition gefährdet, muss öfter die Korrektur der Sagittalstellung des Schenkelhalses gemacht werden, um sichere Dauerresultate zu erhalten. Die detorsio tarda nach Schede, die detorsio präliminaris nach Galeazzi und nach Reiner und die detorsio simultanea nach Lorenz besitzen manche Nachteile, deshalb geht B. folgendermassen vor: Nach der Reposition hochgradige Abduktionsstellung in Aussenrotation, nach 5 bis 6 Wochen suprakondyläre Osteoklase des Femur und Drehung des unteren Fragments nach aussen um den Winkel der pathologischen Anteversion, so dass z. B. bei Anteversion von 90 Grad die Kniekehle nach vorn zu liegen kommt, und der Unterschenkel senkrecht in die Höhe gerichtet wird, da im Kniegelenk rechtwinklige Beugung bestehen bleibt. Bei kleinen Kindern wird die Osteoklase durch gewaltsame Streckung des Unterschenkels ausgeführt (Entstehungsmechanismus der typischen Spontanfraktur des atrophischen Femur). Nach 4 bis 6 Wochen, wenn die Fraktur fest konsolidiert ist, wird das Femur um seine Längsachse nach vorn gedreht, bis der Unterschenkel wieder in horizontale Lage kommt. Gipsverband in 70 Grad Flexion, 70 Grad Abduktion und 70 Grad Aussenrotation, bei späteren Verbandwechseln weitere Verminderung dieser Stellung; Verbanddauer 6 Monate; bei Parallelstellung der Beine steht der Schenkelhals frontal. B. hält sein Verfahren dem Schedeschen für überlegen, da es bezüglich der Kapselschrumpfung günstigere Bedingungen bietet.

Herr **Göbell** (Kiel): Ueber Operation zur Beseitigung von Ankylosen.

G. ist mit den Ergebnissen der Operationen von Ankylosen, die er nach Payr und nach Helferich ausführte, nicht zufrieden gewesen und machte deshalb Resektionen der Gelenkenden und Ueberkleidung der neuen Gelenkenden mit frei transplantierter Faszie; dabei ist von Wichtigkeit, dass das Periost an den Resektionsenden in einer Ausdehnung von mindestens 1 cm entfernt wird, damit kein periostaler Kallus entsteht. Diese Methode wurde bei Ellenbogen- und Kniegelenken angewandt. Man kann fast unmittelbar nach der Operation aktive und passive Bewegungen ganz schmerzlos vornehmen, im Gegensatz zu den Fällen, bei denen ein gestielter Lappen interponiert wurde.

Klar, München.

43) Freie Vereinigung der Chirurgen des Königreichs Sachsen,

2. Tagung, 3. 5. 1913.

(Zentralblatt für Chirurgie, 1913, Nr. 34 und 35.)

Payr (Leipzig): Ein lehrreicher Fall von schnellender Hüfte. 17jähriges, sonst gesundes Mädchen bekam Schmerzen im rechten Hüftgelenk, leichtes Hinken beim Eintritt der Schmerzen, später fast bei jedem Schritt ein „schnappendes" Geräusch; deshalb Diagnose „schnellende Hüfte" und Operation von einem Facharzt: Freilegung der Gegend des trochanter major liess keinen das „Schnellen" erklärenden Strang erkennen. Der Operateur nahm deshalb eine „artikuläre" Genesis des Schnellens an, löste die Glutaealmuskulatur vom Trochanter ab und nähte sie an die in ihren oberen hinteren Partien freigelegte Gelenkkapsel an, um eine Einklemmung der Kapsel, die er als Ursache der schnellenden Hüfte ansah, unmöglich zu machen. Das Schnellen verschwand nicht, es trat im Gegenteil noch dazu das Trendelenburgsche Phänomen auf, infolge der nunmehr durch die Operation erzeugten Insuffizienz der Glutaealmuskeln. Bei der elektrischen Untersuchung reagierten die mm. glutaeus medius und minimus nicht mehr. P. operierte deshalb von Neuem: Längsschnitt hinter dem Trochanter major nach oben, gegen die Glutaealmuskeln nach hinten zu abbiegend, vor der alten Narbe, Freilegung des sehr gespannten tractus ileotibialis, dessen hinterer Rand ebenso wie die Insertion des m. glutaeus maximus verdickt erscheinen, schräge Durchtrennung des tractus ileotibialis handbreit unter dem trochanter major. Die sich stark retrahierenden Schnittenden werden in ihrem hinteren Teil nach aussen umgeschlagen und mit der Glutaeussehne zusammengefasst und mit starken Seidennähten tief in das Periost des trochanter major vernäht. Dann Freilegung der Stümpfe der Glutaealmuskeln in der alten Narbe, Durchflechtung dieser retrahierten Stümpfe mit dicken Paraffinseidennähten und Vernähung an der Hinterwand des trochanter major und der linea intertrochanterica, danach Naht der fascia superficialis und der Haut. So wurden das Schnellen und die dabei auftretenden Schmerzempfindungen behoben und ausserdem die muskuläre physiologische Beckenfixation wieder hergestellt. Nachbehandlung mit Massage, Elektrisationen und Schienenhülsenapparat. Krankenvorstellung.

Bachmann (Leipzig): Ueber Mobilisierung ankylotischer Hüftgelenke (aus der Klinik Payr.)

Bei 3 Kindern von 3, 4 und 14 Jahren und bei 2 Erwachsenen von 23 und 24 Jahren wurden ankylotische Hüftgelenke blutig mobilisiert; bei einem Fall war die Ursache Sepsis, bei 2 Fällen handelte es sich um Ankylosen mehrerer Gelenke nach „fieberhafter Erkrankung" und bei einem Fall lag eine Spontanluxation aus unbekannter Ursache vor, in allen 5 Fällen bestand Flexion und Adduktion, 4 mal war die Ankylose straff fibrös, 1 mal knöchern. Viermal wurde durch den Lücke-Schedeschen Schnitt das Gelenk freigelegt, einmal durch den Kocherschen Bogenschnitt. Bei drei Fällen interponierte man Periost von der tibia, 2 mal einen Muskel-Faszienlappen des m. tensor fasciae latae. 4 mal erfolgte die Neugestaltung des Gelenks durch Ausschneiden der fibrösen Massen aus der Pfanne und Zurechtschneiden des Kopfes und Halses, bei einem Fall von knöcherner Ankylose machte man eine horizontale Osteotomie des Schenkelhalses nahe der Pfanne, um zwischen Schenkelhals und -Kopf eine Art Sattelgelenk zu bilden. Die Nachbehandlung bestand in Gipsverband mit Extension in 4 Fällen, Extension allein



in einem Fall, Belastung in 1—2 Wochen bis 10 kg gesteigert, frühzeitige passive Bewegungen, später Schienenhülsenapparat. Bei 3 Fällen guter Erfolg, Beugung bis zu 90 Grad, bei einem Fall durch vorzeitige Abnahme des Apparates Luxation nach oben und hinten, ein Exitus durch Infektion bei einem unreinen Kind.

Diskussionsbemerkung **Payr**: Bei totaler Synostose zwischen dem oberen Ende des femur und dem Becken ist die Bildung einer Pseudarthrose im Schenkelhals besser als eine Rekonstruktion von Kopf und Pfanne. In dem neuen Gelenk sind Beugung und Streckung sowie Ab- und Adduktion, nicht aber Rotation möglich; die Ebene des neuen falschen Gelenks muss möglichst parallel zur Querachse des Beckens angelegt werden.

A. Schanz (Dresden): Vorstellung operierter Ankylosenfälle: 1. Fall: Ellenbogenankylose, 2 zeitige Operation, zunächst medialer Lappenschnitt mit der Basis am Oberarm, Freilegung des ulnaren Teils des Gelenks, Bildung des Gelenkspalts mit dem Meissel, Einlegung eines gestielten Unterhautfettgewebelappens; zweite Operation nach 3 Monaten bestand in der Bildung des radialen Gelenkteils in gleicher Weise von einem lateralen Lappenschnitt aus. Keine Nachbehandlung mit passiven Bewegungen oder Gymnastik. $^3/_4$ Jahre nach der Operation fehlten an Beugung und Streckung je nur 10 Grad, Pronation und Supination $^3/_4$ des Normalen. Auf Rat von anderer Seite „übte" die Patientin, die in einer Fabrik arbeitet, den Arm, darauf traten Schmerzen in dem neuen Gelenk auf.

2. Fall: 15 jähriges Mädchen mit nicht ganz rechtwinkliger, knöcherner Beugeankylose des linken Kniegelenks nach Osteomyelitis. Operation: Lappenschnitt unterhalb des Knies, Streckapparat nach oben geklappt, Bildung der Gelenkflächen durch bogenförmige Resektion, Interposition eines gestielten Fettlappens; keine passiven Bewegungen in der Nachbehandlung, nach Abnahme des Gipsverbandes Schienenhülsenapparat, der jetzt noch getragen wird. Beugefähigkeit 20 Grad, in diesem Ausschlag sind die Bewegungen frei und kräftig; die Beugung müsste bessere sein, wenn die Bildung der Gelenkflächen nach Wunsch gelungen wäre.

Diskussion: **Payr**: Bei 20 operierten Knieankylosen fand P. die Faszieninterposition als die einfachste und erfolgreichste Methode. Die Beugungsmöglichkeit muss aber mindestens 45—50 Grad betragen, beim Ellenbogengelenk ist einzeitig zu operieren, und es sind freie Fettlappen zu interponieren.

Herr **Schümann** (Dresden): Ueber Knochenbolzung. Oberschenkelbruch bei 24 jährigem Mann war nach Extension während 7 Wochen noch ohne Kallus, deshalb autoplastische Bolzung aus der Tibia, komplikationslose Einheilung mit befriedigendem funktionellem Ergebnis. Im 3. Behandlungsmonat Deviation im Sinne der Varusstellung und Verkürzung um 2 cm, da die Resorption des Knochenspans schneller vor sich ging als die Kallusbildung. Für die Knochenbolzung eignen sich nur annähernd querverlaufende Brüche ohne ausgedehnte Splitterung.

Herr **Magnus** (Dresden): 7 jähriges Mädchen, durch Geburtstrauma links Plexuslähmung und Epiphyseolyse. Innenrotations-Abduktionskontraktur im Schultergelenk, Verkürzung der Extremität und Muskelatrophie. Gutes Ergebnis durch Osteotomie im oberen Drittel des Humerus und starke Aussenrotation.

Diskussion: Herr **Payr**: Bei leichteren Fällen von Entbindungslähmung erreicht man schon ein gutes Ergebnis, wenn man den gesunden Arm am



Thorax festbindet, so dass nur der gelähmte Arm die Bewegungsimpulse bekommt. der anbandagierte Arm muss dabei natürlich oft massiert und bewegt werden;

Herr **Seidel**: Ueber die Operation der habituellen Schulterluxation. S. modifizierte die Clairmont-Ehrlichsche Methode, die oft Rezidive ergab, indem er den zu überpflanzenden Deltamuskellappen durch einen mehrere Zentimeter breiten Lappen der Oberarmfaszie oder durch ein Stück vom Periost vom Oberarm verlängerte und diese Stücke mitverlagerte.

Herr **Kölliker** (Leipzig): Beitrag zur Stoffelschen Operation. Die spastische Paraparese (Little) ist nicht geeignet für die Stoffelsche Operation, sondern für die Tenotomien in leichteren und für die Resektion der hinteren Wurzeln (Förster) bei schweren Fällen. Das eigentliche Feld für die Stoffelsche Operation sind die Pronations- und Flexionsspasmen der Hand bei zentraler Hemiplegie.

Klar, München.

44) **Bassetta** (Mailand). Sulla malattia di Schlatter. (Società lombarda die scienze mediche e biologische, 16 dic. 1912.)

Aus dem Studium des von B. beobachteten Falles, dem Vergleich mit einem Fall von wirklicher Fraktur der Tuberositas ant. tibiae und aus der kritischen Betrachtung der verschiedenen diagnostischen Elemente — Symptome, klinische Untersuchung, Röntgenuntersuchung, operativer Befund und Ausgang — leugnet B. bei der Schlatterschen Krankheit die Anwesenheit einer partiellen oder kompletten Fraktur der Tuberositas tibiae, erkennt vielmehr in ihr die Zeichen eines langsamen chronischen epiphysären Entzündungsprozesses, der sich durch die übermässige funktionelle Inanspruchnahme durch Zug und Belastung in einem Ossifikationsherd verschärft. Buccheri, Palermo.

45) **Retterer** et **Vallois**. Ebauche de rotule supérieure chez l'homme. (Soc. de biologie, 9. XI. 12. Gaz. des hop. 85. année Nr. 130, p. 1814.)

Bei einem 24jährigen Hingerichteten fanden Verff. im mittleren Teil der Kruralissehne eine Bildung von Gefäss- und Bindegewebe, wie sie dem oberen Sesambein (resp. der zweiten Patella) der springenden Mammiferen (Affen) entspricht. Diese obere Patella ist mit der unteren durch ein Fettgewebeband verbunden. Also besitzt der Mensch auch eine, wenn auch unvollkommene, Anlage einer zweiten Kniescheibe. Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Oudard** et **Masson**. Cerclage de la rotule au catgut. (Soc. de méd. milit. française, 21. XI. 12. Gaz. des hop. 85. année Nr. 138, p. 1946.)

Verff. teilen 3 Fälle von Umwindung der gebrochenen Kniescheibe mit starkem Katgut mit und sind sehr zufrieden mit den Heilresultaten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Ducroquet**. Étude clinique et thérapeutique de la paralysie infantile des muscles du pied. (Congrès français de chir. Paris 7.—12. X. 12. Rev. de chir. 32. année Nr. 11, p. 772.)

Vortr. bespricht die Korrektion der varus-, valgus-, talus- und equinus-Stellung nach Kinderlähmungen. Die gesunden Antogonisten bringen durch ihre Wirkung den Fuss in falsche Stellung, indem sie die medio-tarsalen und unter dem Talus gelegenen Gelenke zu stark mobilisieren, deshalb müssen diese Gelenke entweder durch Abtragen der Gelenkknorpel oder durch Anbohren derselben verlötet werden. 14 Tage später wird der Fuss in die der falschen entgegengesetzte Stellung gebracht und so fixiert.

Spitzer-Manhold, Zürich.



48) **Preiser.** Aerztlicher Verein Hamburg 12. III. 1912. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 13, 1912.)

Wirkung der Plattfusseinlagen auf Fusstruktur. Röntgenbilder von Patienten, die 9, 7 und weniger Jahre Plattfusseinlagen getragen haben, zeigen normale Strukturverhältnisse des Fusskeletts. Das Tragen von Einlagen erhält direkt die normale Fusstruktnr. Hohmann, München.

49) **Duval-Ombrédanne.** Remarques sur le traitement du pied plat valgus invétéré par la tarsectomie trapézoïdale interne. (Soc. de chir. de Paris 10. VII. 12. Rev. de chir 32. année Nr. 8, p. 335.)

Es werden drei Plattfusskranke vorgestellt, die wegen ihres veralteten Leidens operiert worden waren und funktionell wie ästhetisch sehr gute Operationsresultate boten. V. wendet eine Modifikation der Ogstonschen Operation an mit keilförmiger Resektion, die sich in die äusserste Reihe des Tarsus erstreckt. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Schulthess.** Ueber Plattfuss und seine Behandlung. (Ges. d. Aerzte des Kantons Zürich 14. V. 12. Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte 42. Jahrg. Nr. 28, p. 1075.)

Die mechanischen Bedingungen für die Entstehung des Plattfusses sind einerseits durch Verminderung der Festigkeit der Knochen (Rachitis), andererseits durch Schwäche oder Ermüdung der Muskeln, Schwäche der Bänder gegeben. Begünstigend für die Entstehung des Plattfusses ist die Einwärtsrotation des Unterschenkels bzw. Auswärtsstellung des Fusses. Im Kindesalter ist der Schmerz ein seltenes Initialsymptom des Plattfusses (im Gegensatz zum Erwachsenen), zuerst fällt die Deformität auf.

Für die reahitische Form ist die Plattheit des Fussgewölbes charakteristisch mit wenig Valgusstellung, für die muskuläre, später entstehende Form mehr die Pronationsstellung. Eine vollständige Korrektur der Deformität ist nur im Kindesalter befriedigend möglich. Therapie: Schuh mit Einlage, ev. Gipsverband, Massage und Gymnastik. Bei ganz schweren Fällen Erwachsener Operation. Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Pürckhauer.** Aerztlicher Verein München, 9. X. 12. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 50, 1912.)

Ueber den Hackenhohlfuss. Beim H. bildet die Calcaneuslinie mit der Unterschenkelepiphysenlinie einen Winkel, der um so grösser ist, je steiler der Calcaneus steht. Ist der Winkel weniger als ein halber rechter: Sehnenüberpflanzung (Ersatz des Gastrocnemius), geht er darüber hiuaus: Osteotomie des Calcaneus ausserdem. Schon nach 1 Jahr ist der so behandelte Calcaneus oft nicht mehr von einem normalen zu unterscheiden. Hohmann, München.

52) Von der 10. Versammlung des nordischen chirurg. Vereins in Kopenhagen, 31. 7. — 2. 8. 13. (Zentralblatt für Chir. Nr. 42, 1913.)

Herr **E. J. Bloch** (Kopenhagen) demonstriert Bandagenmaterial für die Frakturbehandlung; dieses besteht aus Knöpfen am Kugelgelenk, die in fixierenden, mit Zacken versehenen Platten angebracht wurden; die Platten werden in Hüllen eingegipst, die oberhalb und unterhalb der Fraktur angelegt werden. Dadurch, dass man je zwei der vier Knöpfe mit Schienen verbindet, wird der dazwischenliegende Extremitätenteil fixiert.

Herr **Löfberg** (Malmö): Demonstration guter Resultate der Behandlung der Schenkelhalsfraktur mit Extension, Abduktion und Einwärtsrotation — 8 wöchiger Gipsverband, vorsichtige Nachbehandlung. 35 Fälle, davon 29%



unter 55 Jahren. In der Diskussion stimmen Herr Cappelen (Stavanger) und Herr Schaldemose (Kopenhagen) entschieden zu.

Herr **Bülow-Hansen** (Christiania): Erfahrungen über Stoffels Operation bei spastischen Lähmungen. Im ganzen 22 Fälle, 9 Little, 11 spastische Hemiplegie bei Kindern, 1 spastische Hemiplegie bei einem Erwachsenen und 1 Torticollis spastica. Sehr gute Resultate, die Operation ist Försters Operation vorzuziehen.

Herr **Jensen, Jörgen** (Kopenhagen). Sehnennaht und Sehnentransplantation: Kritik der gewöhnlichen Resultate der Sehnennaht nach einer Stichprobe aus dem Material des Arbeiterversicherungsrates. J. versuchte die Sehnentransplantation in 2 Fällen ohne Erfolg. In der Diskussion widerspricht Herr Key (Stockholm), der über Fälle gutgelungener Sehnenplastik berichtet.

Herr **Ulrich, I.** (Kopenhagen): Ueber die Behandlung von labium leporinum und palatum fissum. Ausführlicher Bericht über die Operationsmethoden und die Erfolge bei 159 Fällen von Hasenscharte und Gaumenspalt aus den letzten 10 Jahren. Bei den schwersten Fällen, bei denen der Gaumen leicht zu kurz oder zu stramm wird, rät U. zur Prothesenbehandlung.

Herr **Schultz** (Ringe in Dänemark): Demonstration: Osteosarcoma humeri bei einem 5jährigen Knaben. Resektion: Transplantatio fibulae. Die obersten 11,5 cm des Humerus eines 5jährigen Knaben wurden wegen Rundzellensarkoms reseziert, der Defekt wurde durch ein entsprechendes Stück der Fibula ersetzt Glatte Einheilung, gute Funktion, kleines Rezidiv in den Weichteilen. In der Diskussion berichtet Herr Borelius (Lund) über einige Fälle freier Knochentransplantation (Autoplastik). In 3 Fällen wurde das Material der Vorderfläche der Tibia entnommen, in 2 Fällen wurde das oberste Ende des Humerus einschliesslich der Gelenkfläche durch das oberste Ende der Fibula ersetzt. Es waren Fälle von Osteomyelitis, Knochenzyste, Syphilom und myelogenem Riesenzellensarkom.

Herr **Key** (Stockholm) berichtet über einen Fall von myelogenem Sarkom im Humerus, bei dem er den Defekt durch Fibula ersetzte. Der Pat. ist im 3. Jahre ohne Rezidiv und hat kürzlich Schwimmen gelernt.

Herr **Holmgren** (Norrköping) resezierte bei einem Fall von Endotheliom im Humerus so, dass das Kaput erhalten blieb, der Defekt wurde mit einem 15 cm langen periostlosen Span aus der Tibia ausgefüllt; einen Monat später war Knochenneubildung längs des Transplantats zu sehen.

Herr **Rovsing** (Kopenhagen): Transplantation der Fibula bei einem Fall von Sarkom im obersten Humerusende, nach einiger Zeit guter Funktion Fraktur der transplantierten Fibula; Heilung, später Exitus an Rezidiv. Bei einem Fall von Sarkom des Condylus int. femoris machte R. Resektion des unteren Femurendes und legte vorläufig einen angepassten Humerusknochen mit der Tibia artikulierend ein, um die Länge und die Form des Beins zu erhalten, während er den Pat. wegen Rezidivs beobachtete. Nach 2½ Monaten Ersatz des toten Humerusknochens durch das frisch amputierte Femur eines anderen Menschen. Gute Anheilung; ein Jahr nach der Operation ist Pat. rezidivfrei, geht mit Bandage an 2 Stöcken umher.

Tscherning (Kopenhagen): Demonstration von Knochencysten im Humerus. mit Erhaltung des Knochens behandelt. Bei 2 jungen Männern wurde auf Grund des Durchleuchtungsbildes die Diagnose sarcoma humeri gestellt und die Amputation vorgeschlagen; T. stellte jedoch die Dignose Knochenzyste, machte Ausschabungen und erzielte vollständige Heilung.



Herr **Berg, John**; (Stockholm): Bericht über einen Knaben mit Erkrankung des Trochanter, das Durchleuchtungsbild glich der Tuberkulose. Nach der Ausschabung wurde die mikroskopische Diagnose Sarkom gestellt, es war aber eine Ostitis fibrosa, die geheilt wurde. Herr B. beobachtete auch Fälle von Knochenzysten im Kalkaneus. Klar, München.

53) Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin, 17. 2. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913).

Herr **Biesalski**: Die spastischen Lähmungen der Kinder und ihre Behandlung. Bei der Behandlung der spastischen Lähmungen, Hemiplegien wie Diplegien der Kinder ist die Hauptsache die Uebungstherapie; alle operativen Eingriffe sind nur Mittel zum Zweck, um die Verbindungen für die Uebungen zu bessern. Schwachsinn ist keine Kontraindikation für die Operationen: Redressement mit kurzdauernder Gipsverbandperiode, Tenotomien, Förstersche, Stoffelsche und Spitzysche (Nervenplastik) Operation. Die Uebungen an den spastischen Muskeln sollen täglich etwa sechs Stunden lang durchgeführt werden, für Gehübungen ist am besten der preussische Parademarsch.

In der Diskussion bemerkt **Herr Rothmann**: Die Tatsache, dass beim Menschen so leicht Spasmen auftreten, liegt an der Vernachlässigung vieler Muskelgruppen infolge des aufrechten Gangs; man kann bei Tieren Hirnzentren oder Pyramidenbahnen wegnehmen, ohne dass Spasmen eintreten, NB. wenn die Tiere sich bewegen. Beim Menschen erholen sich bei zentraler Erkrankung die bevorzugten Muskelgruppen früher und gehen dann in Kontraktur, weil die Wirkung der Antagonisten fehlt. Durch baldige Uebung der Antagonisten kann man die Selbstheilung der Spasmen befördern, besonders durch Schüttelbewegungen. Da bei der Försterschen Operation auch die Impulse für die Antagonisten geschädigt werden, so ist die Stoffelsche Operation als die physiologisch bessere vorzuziehen.

Herr **Biesalski** (Schlusswort): Die Förstersche Operation hat an der oberen Extremität noch nie zu einem Erfolg geführt, hier kommt nur die Stoffelsche in Betracht. Klar, München.

54) Breslauer chirurgische Gesellschaft, Sitzung vom 21. 7. 13. (Zentralbl. f. Chir. Nr. 38, 1913.)

Herr **Küttner**: Schädelplastiken aus der Skapula: K. deckte bei drei Fällen von Epilepsie die Schädeldefekte mit beiderseits periostbekleideten Stücken aus der Skapula; es handelte sich um zwei erwachsene Männer und ein 12jähriges Mädchen, bei dem Porencephalie und grosse Meningocele spuria traumatica, nach Hirnruptur im Alter von 4 Monaten, bestand. Gute Resultate, doch hält K. die Resektion der Skapula nicht für indifferent, denn bei allen drei Fällen dauerte es ziemlich lange, bis die Funktion des Armes sich wieder vollkommen herstellte.

Herr **Küttner**: Knochenzysten: 51jährige Frau, multiple Zysten im Femur am oberen Ende mit wabenartiger Struktur, im Durchleuchtungsbild Aufhellung und Auftreibung der ganzen Trochanterregion. Resektion des ganzen oberen Femurendes einschliesslich des Gelenkkopfes, Implantation eines entsprechenden ausgekochten Skeletteils und Verbolzung mit Elfenbeinstift, glatte Einheilung, die Frau läuft 6 Wochen nach der Operation im Gehgipsverband herum. 11jähriger Knabe, Humerusfraktur durch geringe Gewalt, danach ausgedehnte Zystenbildung in der oberen Humerushälfte. Nach Aufmeisselung werden die Zysten gründlich ausgelöffelt, auf Resektion des erkrankten Knochenabschnittes wird verzichtet, um



die Epiphysenlinie zu schonen; zum Schutz des sehr verdünnten Knochens wird ein starker Elfenbeinstift fest in die Knochenlade eingehämmert. Einheilung mit guter Funktion. Histologisch: Ostitis fibrosa.

Herr **Ludloff**: a) Ueber Patellaluxationen.

b) Zur Behandlung der Schenkelhalsfraktur.

Herr **Spannaus**: Zur Pathologie der Schenkelhalsfraktur.

Herr **Landois**: Demonstration aus dem Gebiet der Granulationsgeschwülste.

a. Granulom der linken Hand, durch Korngranen bei einem 20 jährigen Landmädchen entstanden; mikroskopischer Nachweis der Pflanzenfasern.

b. Bothryomykom am rechten Ringfinger.

c. Gummi der Kniekehle bei einer 51 jährigen Frau mit positivem Wassermann. Operiert unter dem Bilde eines Ganglion der Kniekehle; mikroskopisch: Gummigeschwulst mit Langerhansschen Riesenzellen.

Herr **Baruch**: Autoplastischer Ersatz des malleolus externus nach Resektion der Fibula wegen Sarkoms. Demonstration.

55) Aerztlicher Verein in Hamburg, 11. 2. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913).

Herr **Plate** stellt einen Fall von Hüftgelenkerkrankung auf gonorrhoischer Basis vor. Ferner zeigt er einen verbesserten Vibrator von Reiniger, Gebbert & Schall, der 18240 Erschütterungen in der Minute macht.

Herr Eugen Fränkel zeigt die Knochen von einem Fall von Hämatoporphyrosis osseum: Die Knochen zeigen eine kastanien- bis schokoladebraune Färbung, die sich auf die Knochen und das Dentin der Zähne beschränkt Periost und Knorpel aber freilässt. Es ist das Bild der den Tierärzten bekannten „Ochronose der Tiere“, die aber mit der von Virchow so genannten Ochronose nichts zu tun hat, bei der nur der Knorpel eine schwärzliche Verfärbung zeigt. Klinisch hatte sich bei dem Mann Braunfärbung des Gesichts, der Hände und der Vorderarme gezeigt. Milz, Leber und Knochenmark sowie die Lymphdrüsen enthielten eisenhaltiges und eisenfreies Pigment, ein Zeichen ausgiebigen Zerfalls roter Blutkörperchen. Klar, München.

56) Aerztlicher Verein in Hamburg, 22. 4. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18. 1913.)

Herr **Deutschländer**: 1. Bei einem jungen Konditor entstand im Anschluss an ein schweres Tragen eine Funktionsbehinderung des rechten Ellenbogengelenks, als deren Ursache im Durchleuchtungsbild eine zehnpfennigstückgrosse, kreisrunde Aufhellung in der oberen Radiusepiphyse zu sehen war, bei gleichzeitiger Verdickung des capitulum radii; die Diagnose wurde auf ostitis fibrosa localisata gestellt, es fand sich bei der Operation eine kleine Zyste, die im Knochen wie eine Nuss in der Schale sass und in toto entfernt werden konnte. Glatte Heilung ohne weitere Funktionsstörung.

2. 22 jähriger Mann, bei dem eine komplizierte Oberarm- und Ellenbogenfraktur mit knöcherner Ankylose geheilt war. Trennung der Synostosen, Abmeisselung der knöchernen Kalluswucherungen und Interposition eines Fascienmuskellappens brachte vollkommene functionelle Heilung.

Klar, München.

57) Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg, 10. 12. 12. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1913.)

Herr **Wilms**: Knochentransplantationen: 1. Ersatz des oberen Humerusdrittels durch das obere Drittel des Wadenbeins nach Entfernung eines Riesenzellensarkoms des Humerus.



2. Ersatz des mittleren Drittels beider Vorderarmknochen wegen Spindelzellensarkoms durch 2 Stücke der Fibula. In beiden Fällen glatte Einheilung.

58) Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg, 21. 11. 12. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1913.)

Herr **Wendel**: Exostosis cartilaginea am Radius eines jungen Mädchens etwas oberhalb der unteren Epiphyse, die eine bogenförmige Verkrümmung der Ulna und damit eine deformierende Verbreiterung des Unterarms verursachte. Abtragung der Exostose, die mit breiter Basis der Kortikalis aufsass.

Herr **Habs**: Besprechung der verschiedenen Typen der Handwurzelbrüche an der Hand von Röntgenbildern; darunter befindet sich ein Bruch des Erbsenbeins, bei dem durch direkte Gewalt das distale Ende abgesprengt (nicht, wie meist, das proximale abgerissen) war. H. rät, in allen Fällen von contusio manus eine Durchleuchtungsphotographie anzufertigen, damit keine Fraktur übersehen wird; ebenso sind bei allen Fällen von Radiusfraktur auf der Platte die Handwurzelknochen genau zu betrachten, da sich oft hier weitere Brüche finden, die, wenn sie nicht beachtet und behandelt werden, langdauernde Bewegungsstörungen verursachen können.

59) Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft zu Jena, 30. 1. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1913)

Zur Beurteilung von Unfallfolgen: Ein 19jähriger Schlosser quetschte sich als Schulknabe den ganzen linken Zeigefinger ab, erlernte das Schlosserhandwerk und verletzte sich im 2. Lehrjahr den rechten Mittelfinger, der in der Mittelphalanx amputiert wurde. Während der Verlust des ganzen linken Zeigefingers zu einer Zeit eintrat, in der der Verletzte noch nicht gegen Unfall versichert war, will er durch den Verlust nur eines Teils des rechten Mittelfingers erheblich erwerbsbeschränkt sein, weil beim Gebrauch des Hammers dem rechten Zeigefinger das Widerlager fehle.

Ein 65jähr. Handarbeiter hatte vor 2 Jahren im Anschluss an einen Typhus eine Osteomyelitis und Gonitis, die zur Versteifung führte, so dass Beugung nur um 10° möglich war; ausserdem bestand eine Fistel an dem elephantiastisch verdickten Knie, die periodisch eiterte. Trotzdem bestand Arbeitsfähigkeit mit vollem Verdienst, bis wegen Arteriosklerose mit Blutdrucksteigerung, Emphysen und Herzvergrösserung die Invalidenrente gewährt wurde.

Klar, München

60) Medizinische Gesellschaft zu Leipzig, 28. 1. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11., 1913.)

Herr **Sievers**: Phrenikuslähmung nach supraklavikularer Plexusanästhesie nach Kulenkampff: Heftiger Brustschmerz und kupierte Atmung, schlechte Verschieblichkeit der unteren Lungengrenze auf der rechten Seite, Abschwächung des Atemgeräusches, bei der Durchleuchtung verminderte Beweglichkeit der rechten Zwerchfellhälfte. Am 4. Tag vollkommener Rückgang aller Erscheinungen, Als Ursache ist entweder subfasziale Diffusion des Anästhetikums zum Halsstamm des n. phrenikus oder Ausbreitung der Injektionsflüssigkeit auf der Pleurakuppe, über die der n. phrenikus vorn und medial verläuft, anzunehmen.

Derselbe: Habituelle Subluxation der linken Unterkieferhälfte nach vorn bei einem 14jährigen Mädchen, geheilt durch Injection von $^1/_2$—$^3/_4$ cbm 5%ige Tinct. jodi und 3wöchiger Stillstellung des Kiefers.

Derselbe: Demonstration eines 22jährigen Arbeiters, bei dem durch Inzision wegen Panaritiums das ligamentum vaginale der Beugesehnen des rechten



Zeigefingers durchtrennt worden war, dadurch waren mannigfache Störungen der Beugefähigkeit zurückgeblieben. Durch Einpflanzung eines Lappens aus der fascia lata des Oberschenkels wurden die Beugesehnen wieder fest an ihrer knöchernen Unterlage fixiert und ausserdem freie Verschieblichkeit der Sehnen erzielt, so das der Finger wieder vollständig in die Hohlhand eingeschlagen werden konnte.

Derselbe: Freie Transplantation der Grundphalanx der linken 4. Zehe an die Stelle der wegen zystischen Riesenzellensarkoms entfernten Mittelphalanx des linken Ringfingers, Zehendefekt durch einen Span aus der Tibia ersetzt. vollständige Wiederherstellung des Fingers.

Herr **Payr**: Plastischer Ersatz der verloren gegangenen Beugersehnen des linken Mittelfingers bei einem 22jährigen Mädchen nach Sehenscheidenphlegmone infolge Scherbenverletzung, mit Kontraktur des Fingers bis zur Berührung des Fingers mit der Hohlhand. Operation in zwei Zeiten: 1. Operation: Exstirpation der derben Hautnarbe, Geradestreckung des Fingers, Deckung des Defekts durch einen Brückenlappen von der Aussenseite des Oberschenkels, glatte Heilung. 2. Operation nach 4 Monaten: Aufsuchen der Beugersehnenstümpfe in der Hohlhand, Entfernung des umgebenden Narbengewebes, kleine Inzision an der Volarseite der Endphalanx, Tunnellierung der Haut von hier aus, Befestigung eines schlauchförmig zusammengelegten Stücks Fascie aus dem Oberschenkel am Periost der Endphalanx und an dem Sehnenstumpf. Glatte Heilung, aktive Beugung im Grund- und ersten Interphalangealgelenk nur gering beschränkt. Verkürzung der neuen Sehne ist noch in Aussicht zu nehmen, da vielleicht die zu erwartende Schrumpfung nicht ausgiebig genug ist.

Herr **Frangenheim**: Knochenzyste im oberen Drittel des Femur bei einem 13jährigen Knaben, zweimalige Fraktur; die 2. Fraktur ereignete sich im Bereich der Zyste, konsolidierte unter Streckverbänden.

Derselbe: Intraossales Hygrom bei einem älteren Mann, bei dem seit 10 Jahren eine zunehmende Auftreibung des rechten mall. int. beobachtet wurde. Durchleuchtung ergiebt wallnussgresse kammrige Zyste mit verdünnter äusserer Wand, bei der Operation fand sich auf dem mall. int. ein über wallnussgrosser Schleimbeutel, der mit seinen Fortsätzen die äussere Wand der Knochenzyste durchdrang. Histologisch zeigten bursa und Zyste dieselbe Beschaffenheit der Wand.

61) Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg, 5. 12. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913.)

1. Herr **Reichard** demonstriert das Durchleuchtungsbild eines Falls von doppelseitiger Coxa vara bei einem 7 jährigen Mädchen. Er erörtert die differentialdiagnostischen Merkmale der Coxa vara gegenüber der angeborenen Hüftluxation.

2. Herr **Reichard** zeigt ferner eine 19 jährige Patientin mit schwerer Kinderlähmung seit dem 3. Lebensjahr, bei der er beiderseits den gelähmten Quadriceps femoris durch mm. biceps, semitendinosus bezw. semimembranosus und gracilis ersetzte und gute Gehfähigkeit erreichte; rechts nähte er mit künstlicher Sehne (Seide) die Muskeln an der tuberositas tibiae fest, links in das Periost der Patella direkt; die künstliche Sehne wurde nach 4 Wochen ausgestossen! Links trat gute aktive Streckfähigkeit ein, rechts dagegen nicht.

3. Bei einem 37 jährigen Kaufmann, dessen rechte Hand infolge cerebraler Kinderlähmung in extremer Ulnarabduktion und in Beugekontaktur mit ein-

geschlagenen Fingern stand, machte Herr Reichard Verlängerung der Sehnen der mm. extensor und flexor carpi ulnaris und starke Verkürzung der mm. extensor carpi radialis longus und brevis und erreichte damit normale Stellung der Hand und leidliche Funktionsverbesserung. Klar, München.

62) Aerztlicher Verein zu Marburg, 18. 12. 12. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913.)

Herr **Loening**: Demonstration eines Falles von Serratuslähmung mit gleichzeitiger Trapeziuslähmung. Die traumatische Entstehung derartiger isolierter Lähmungen ist möglich, deshalb sind sie unter Umständen als Unfallfolge anzusehen.

Herr **König**: Beobachtungen und experimentelle Studien über Frakturheilung. K. legte Serien von Durchleuchtungsbildern nach Frakturen beim Menschen und beim Kaninchen an und stellte fest, dass die Hauptarbeit bei der Konsolidation der Knochenbrüche der periostale Kallus leistet, der naturgemäss nur da entsteht, wo Periost vorhanden und nicht verschoben oder verlagert ist. Der sog. parostale Kallus, der aus dem parostalen Bindegewebe entsteht, ist seltener als man bisher annahm, dagegen finden sich häufig Kalluswucherungen durch Verschiebung des Periosts. Der Periostkallus kann Frakturen als fest erscheinen lassen, während die Bruchlinien noch gar nicht vereinigt sind; dieses Fehlen des enostalen (Mark-) Kallus ist wichtig für die Begutachtung. Der innere Kallus braucht gar nicht zur Entwicklung zu kommen und es bleibt beim Erwachsenen meist die von ihm gebildete Markhöhlenquerleiste undurchgängig. Bei Kindern dagegen und beim wachsenden Kaninchen vereinigt sich die Markhöhle des einen Bruchstücks mit der des anderen unter Resorption der verschobenen Knochenspitzen, manchmal sogar der alten Kortikalis. Markkallus entwickelt sich besonders bei stark verschobenen Bruchenden, wo er die Markhöhle plattenartig abschliesst. Schwere Verschiebungen gleichen sich beim Kaninchen im Verlaufe eines Jahres und mehrerer Jahre beim Kinde in einer für den Gebrauch der Extremität zweckmässigen Weise aus. Klar, München.

63) Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, 13. 2. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1913:)

Herr **Hermann Schlesinger**: Sch. behandelte Fälle von intermittierendem Hinken mit subkutanen Injektionen von Natrium nitrosum und erzielte erhebliches Nachlassen der Schmerzen. Er beobachtete, dass nach heissen Bädern in Pistyan bei Fällen von intermittierendem Hinken Gangrän auftrat.

Herr **P. Löwy**: Demonstration von anatomischen und histologischen Präparaten von einem Fall von foudroyanter Poliomyelitis, die aszendierend unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlief und das ganze Rückenmark vom conus terminalis bis zur medulla oblongata befallen hatte. Es fand sich Schwellung und Hyperämie der Vorder- und der Hinterhörner und Oedem des Gehirns; mikroskopisch: kleine kleinzellige Infiltrate in den Meningen und in der Substanz des Rückenmarks, ausserdem primäre Ganglienzellenschädigungen. Auffallend ist, dass die Erkrankung auch die Hinterhörner befallen hatte.

Klar, München.

64) **Kirmisson.** La chirurgie orthopédique. XXVIe congrès de l'association française de chirurgie Paris 6.—11. X. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 114, p. 1773.)

Die Eröffnungsrede des französischen Chirurgiekongresses enthält eine



kurze historische Uebersicht über die Entwickelung der Orthopädie (der Name wurde zuerst vom Franzosen Andry 1774 eingeführt, der auch die erste Arbeit auf diesem Gebiet veröffentlichte) als Zweig der gesamten Chirurgie, Aufzählung interessanter Beispiele berühmter Männer aus der Geschichte und Literatur, die, erhaltenen Bildwerken nach zu schliessen, an orthopädischen Leiden laborierten, eine vergleichende Gegenüberstellung der glänzenden abdominellen Chirurgie und der Orthopädie, die ohne Nachbehandlung nichts ist und vom Ausführenden die grösste Geduld und Sorgfalt verlangt. Die von Albee (New York) bei der Knochentransplantation wegen Malum Potti, von Abbott (Portland) bei Behandlung inveterierter Skoliosen eingeschlagenen neuen Wege werden erwähnt, aber auch noch der vielen dunklen Gebiete in der Orthopädie gedacht, deren eines die Behandlung der Ankylosen ist, — das Thema der vorgesehenen Diskussionen dieses Kongresses, — in das Klarheit und erfolgreiche Behandlungsmethoden zu bringen Sache der jungen Orthopädengeneration ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

65) **Mohr.** Fall von ungewöhnlicher multipler symmetrischer Geschwulstbildung. Medizinische Gesellschaft zu Leipzig, 25. 2. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1913.)

Mann mit zahlreichen Tumoren an beiden Mittelfingern und beiden Daumen, kleineren an den übrigen Fingern und grösseren an den Ellenbogen, in den Malleolargegenden und an den Tibien; die Tumoren sind mehr oder weniger hart, aber gegen die Knochen verschieblich. Von 4 Geschwistern soll ein Bruder dieselben Geschwülste haben, sonst Familienanamnese negativ. Die Tumoren sind ganz allmählich entstanden, nachdem der Mann im Alter von 20 Jahren einen fieberhaften Rheumatismus durchgemacht hatte, der ihn ½ Jahr an das Bett fesselte. Das Durchleuchtungsbild zeigt in einigen der grösseren Tumoren an der unteren Extremität geringe Kalkablagerungen, sonst ist es negativ. Es handelt sich um Fibrome, nicht um Enchondrome, an die man beim ersten Blick denken musste.

Herr **Payr**: 1. Knabe mit grossen abstehenden Ohren, mit Knorpelexzision geheilt.

2. 10jähriges Kind mit Periostitis tibiae mit Geschwulstbildung (Riesen zellensarkom), Ersatz des kranken Stückes der Tibia durch ein gesundes Fibulastück.

3. Mädchen mit schnellender Hüfte, mit gutem Erfolg operiert

Klar, München.

66) **Léopold-Lévi.** Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyreoïdienne et testiculaire. Soc. de biol. 31. V. 13. (Gaz des hop. 86e année, Nr. 63, p. 1035.)

Ein 72jähriger, der seit 7 Jahren an heftiger Psoriasis und chron. Rheumatismus litt, wurde mit Erfolg mit Testiculär- und Thyreoidealpräparaten behandelt. Die auffallenden Erfolge dieser Therapie und die nachgewiesenen Ausfallserscheinungen lassen darauf schliessen, dass der Rheumatismus von Defekten der Schilddrüse, die Psoriasis vom solchen des Rückenmarks abhingen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

67) **Pierre Marie et Léri.** Une variété rare de rhumatisme chronique. La main en lorgnette. Soc. méd. des hop. 11. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 80, p. 1298.)

Die Hände einer Siebzigerin, die an allgemein deformierender Arthritis gelitten hatte, werden gezeigt. Sie sind breit, dick, kurz, die Fingergelenke „lorg-



netteartig" ineinandergeschachtelt. Diese Veränderung beruhte auf einer Resorption des Knochengewebes: nicht nur hatten die sehr verkürzten Phalangen ihre normale Form und fast ihre ganze Epiphyse eingebüsst, sondern auch die Knochenreste waren fast durchsichtig für X-Strahlen geworden. Mikroskopisch wurde eine fettige Degeneration nicht nur des Knochen —, sondern auch des Muskel, Unterhautzellgewebes etc. an der Hand festgestellt. Die Knochenreste sind durch ein reichlich proliferierendes Gewebe vereinigt, das die Gelenke ersetzt und den entzündlichen Charakter der Läsion dartut. Spitzer-Manhold, Zürich.

68) **Laquerrière.** Importance de la connaissance des anomalies du squelette pour la radiographie. Congrés de l'assoc. pour l'avancement des sciences, Tunis 1913. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 48, p. 779.)

Vortr. erwähnt alle die seltenen Skelettabnormitäten, die bei Röntgenaufnahmen irre leiten und auf einen stattgefundenen Unfall schliessen lassen könnten: os trigonum (Talusfraktur), Sesambein an der 5. Zehe (partielle Fraktur), Verdoppelung des Sesambeins der grossen Zehe, os tibiale (frei oder mit der anliegenden Seite des Naviculare verschmolzen, als ein Höcker des letzteren erscheinend). Die Aufnahme beider Körperhälften klärt den Irrtum jedesmal auf. Spitzer-Manhold, Zürich.

69) **Ménard.** Traitement de la tuberculose dans l'enfance au point de vue chirurgical en considérant spécialement les os, less articulations et les glandes. XVIIe congrès international de médecine. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 111, p. 1730.)

Die Zusammenfassung des Vortrags über Behandlung der Kindheitstuberkulose bringt die Wiederholung der Calotschen Lehren: die Knochentuberkulose, solange kein lebensrettender grösserer operativer Eingriff (bei septischen Eiterungen, Sekundärinfektionen, manchen anatomischen Formen von Gelenkstuberkulose — Hüfte) sich aufdrängt, möglichst konservativ behandeln, hier und da kleinere Eingriffe wie Knochenauskratzungen bei fistulöser Osteïtis, sonst Luft, Licht, hygienische Lebensweise. Die orthopädischen Resultate sind bei genügend langer und richtiger Behandlung meist sehr befriedigende und laufen oft auf eine restitutio ad integrum hinaus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

70) **Stiles.** Tuberculose chirurgicale. XVIIe congrès internat. de méd. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 96, p. 1511.)

Vortr. ist für eingreifendere operative Therapie als sein Vorredner Ménard; er betont die Wichtigkeit der Infektion der Kinder vom Darm aus durch Milch tuberkulöser Kühe, die Theorie, welche in Frankreich und Deutschland nicht gewürdigt wird. In der Diskussion sind sich alle Redner über die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung neben der lokalen einig. Rollier (Leysin) spricht über Heliotherapie, Dollinger (Budapest) und Ridlon (Chicago) über orthopädische Apparate eigener Konstruktion, Albee (New York) über seine plastische Operation bei Malum Potti, Baer (Baltimore), Putti (Bologna) und Helferich (Eisenach) über chirurgische Behandlung der Ankylosen, Redard (Paris) über gute Knochenradiogramme. Spitzer-Manhold, Zürich.

71) Aerztlicher Verein zu Marburg, 18. 1. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1913.)

Herr **König**: Ueber chirurgische Tuberkulose: Die Bereicherung der diagnostischen Methoden für Untersuchungen auf Tuberkulose der Drüsen, Knochen



und Gelenke ist sehr erwünscht. In der Behandlung wird man immer mehr konservativ. Bei Lymphdrüsentuberkulose ist die Exstirpation einer zusammenhängend einheitlich erkrankten Drüsengruppe zu empfehlen. Knochentuberkulosen, die ohne Verstümmelung zu entfernen sind, sind natürlich zu operieren. Bei den Gelenktuberkulosen Erwachsener muss reseziert werden, bei Kindern nur dann, wenn die konservative Behandlung lange versagt. K. bestreitet, dass man mit der Resektion des koxitischen Hüftgelenks nur Misserfolge habe, er stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei dem er wegen ostaler Koxitis vor einem Jahr resezierte; es trat Heilung ohne Fistelbildung und ohne Funktionsstöruug ein Gutes sah K. von der Tuberkulinkur, er bespricht die Erfolge der Röntgentherapie und die der alpinen Heliotherapie und erwähnt, dass er schon seit Jahren bei derartigen Fällen Sonnenbestrahlungen vornehmen lasse. Aehnliche Erfolge wie Rollier könne man aber auch bei uns erreichen; auch mit der Quarzlampe erziele man Heilerfolge. Um eine wirkliche Heilung chirurgischer Tuberkulose herbeizuführen, müsse man die Patienten im Sinne der „Fürsorgebestrebungen" überwachen. Diese Ueberwachung will K. jetzt durchführen.

Klar, München.

72) Aerztlicher Verein in München, 4. 12. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1913.)

Herr **Grashey**: Demonstration von Röntgenbildern:

1. Lokale Osteomalazie; bei 2 Frauen von 53 und 58 Jahren entstand allmählich eine Durchbiegung der oberen Tibiahälfte einerseits nach vorn. Im Durchleuchtungsbild im verdickten Knochen zahlreiche kleinfleckige Aufhellungen, ossifizierende Periostitis. In dem einen Fall konnte Wassermann gemacht werden der negativ war, Probeexzision ergab Ostitis fibrosa.

2. Bilder von Periartbritis humeroscapularis. Die breiigen Kalkablagerungen finden sich bei der Operation nicht in präformierten Schleimbeuteln, sondern im Sehnengewebe; derselbe Befund an der später operierten anderen Seite und in der Sehne des m. glutaeus medius, wo Schmerzen am trochanter major aufgetreten waren und im Durchleuchtungsbild der Hüfte ein „Schleimbeutelschatten" sich gezeigt hatte

3. Köhlersche Knochenerkrankung: Zu kleiner, gegliederter Schatten des os navikulare pedis; der Befund wurde festgestellt bei einem 6jähr. Knaben, der eine leichte Kontusion des Fusses erlitten hatte, noch ausgesprochener war aber der Befund an dem nicht verletzten Fuss. G. nimmt an, dass gegliederte Anlage des Navikularekerns vorlag, wie sie schon am pisiforme, am olekranon, am oberen Fortsatz der Tibiaepiphyse u. s. w. beobachtet worden ist. Eine Zertrümmerung des von dickem Knorpel überzogenen Knochens für sich allein, ohne Schädigung der benachbarten Knochen, hält G. für unmöglich.

Klar, München.

73) **Mauclaire.** Treize essais de greffes osseuses. Soc. de chir. de Paris 16. VII. 13. (Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 521.)

Vortr. wendete während der letzten 3 Jahre bei Knochenneubildungen, Frakturen, Osteitis und Ankylosen Knochentransplantation mit verschiedenem Erfolg an. In der Diskussion wird von Lucas Championnière die Gelenktransplantation angefochten mit der Begründung, der gleiche Zweck könne durch einfache Resektion und frühzeitige Mobilisation erreicht werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

74) Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M., 12. 3. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1913)



Herr **E. Wolff:** Ueberblick über das Wesen, die Entwicklung und Technik der Nagelextension.

Die Nagelextension soll die anderen Methoden der Frakturbehandlung nicht verdrängen, sondern da angewandt werden, wo die anderen Verfahren nicht verwendbar sind oder nicht zum Ziele führen, also hauptsächlich bei komplizierten und auf andere Weise nicht reponiblen Brüchen. Die von anderen Seiten berichteten Nachteile: Infektionsgefahr, Möglichkeit von Nebenverletzungen, Fistelbildung, sind vermeidbar. Man darf den Nagel höchstens 3—4 Wochen liegen lassen. W. hat einen Nagel konstruiert, der zwar perforierend eingeschlagen wird, aber in 2 Teilen entfernt werden kann, um ein Durchziehen der nicht aseptischen Seite beim Entfernen zu vermeiden; der Nagel wird von Ludwig Dröll in Frankfurt angefertigt. Klar, München.

75) **Bonnamour,** Badolle et Exallon. Décalcification et lésions osseuses chez le lapin sous l'influence du lactose en injections intraveneuses. Soc. de biol. 24. V. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 61, p. 1005.)

Durch wiederholte intravenöse Lactoseinjektionen erzielten Vv. beim Kaninchen nach 3 Monaten Verbiegungen an Sternum und Thorax, Spontanfrakturen an den Rippen, Verdünnung der Schulterblätter, Verbiegungen der Schenkel und bei chemischer Analyse eine deutliche Entkalkung mit Anhäufung von Magnesium und Phosphaten. Im allgemeinen die Störungen, die man bei menschlicher Osteomalacie beobachtet hat. Spitzer-Manhold, Zürich.

76) **Baumgartner u. Denucé.** Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante. XXVIe congrès de l'assoc. française de chir. Paris 6.—11. X. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 114, p. 1776.)

Vortragende behandeln ausschliesslich die Gelenksoperationen bei Ankylosen, die die Funktion wieder herstellen sollen. Der eine der Vortragenden bringt eine allgemeine Uebersicht der Methoden zur Mobilisierung der Ankylosen: Resektionen, Interposition von Fremdkörpern, von gestielten Weichteillappen, Transplantation einfacher Gewebe, Gelenktransplantation, der andere die spezielle detaillierte Technik für jedes einzelne Gelenk.

Spitzer-Manhold, Zürich.

77) Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, 30. 1. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1913.)

Herr **Tedesko** behandelte 8 Fälle von gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mit intraglutäalen Injektionen von Artigon. Nach der ersten Injektion von 0,2 sank bei einer gonorrhoischen Ellenbogengelenkentzündung bei einem 52jährigen Mann das Fieber und nach drei weiteren, etwas höheren Dosen, die innerhalb 8 Tagen angewendet wurden, trat in kurzer Zeit Heilung ein. Die Harnröhrengonorrhöe wurde durch das Artigon nicht beeinflusst.

Klar, München.

78) **Gaillard.** Atrophie unilatérale du grand dentelé et myopathie progressive. Soc. méd. des hop. 27. VI. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 74, p. 1211.)

Bei einem 18jährigen Tischler ohne irgend welche belastende Anamnese war seit 6 Monaten Schwäche in der rechten Schulter aufgetreten. Im Ruhezustand des Armes hängt die rechte Schulter, die Scapula springt unter dem Trapeziusrand vor, der untere Winkel steht vom Thorax ab. Der Deltoides ist erhalten, weshalb ein Heben des Armes bis zur Horizontalen möglich ist, nicht



aber darüber hinaus. Es handelt sich um eine Schwäche des serratus maj. mit einer des rhomboides, sekundär des trapezius. Eine Entartungsreaktion fehlt sowohl in diesen Muskeln als auch im triceps, der atrophisch ist. Keine Sensibilitätsstörungen. Deshalb muss man eine beginnende progressive Myopathie ohne bekannte Ursache annehmen. Da die Entwickelung eine sehr langsame ist, so könnte man eine chirurgische Fixation des Schulterblattes an die Rippen, wie sie öfters erfolgreich ausgeführt wurde, um ein Heben des Armes zu ermöglichen, in Betracht ziehen. Spitzer-Manhold, Zürich.

79) **Faure.** Classification et traitement des contractures. Congrés de l'assoc pour l'avancement des sciences, Tunis 1913. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 48, p. 779.)

Klinisch kann man 2 Formen von Kontrakturen unterscheiden: eine spastische Form, die von vornherein als Kontraktur auftritt. Vorher Gefühl der Schwere, gesteigerte Reflexe, epileptiforme Zuckungen. Fortschreiten bis zur vollkommenen Versteifung der Extremität in Extension. Keine Lähmung oder Atrophie daneben. Methodische und geduldig durchgeführte Uebungen (Ueberwindung des Widerstandes der spastischen Muskeln) geben die besten Resultate, sogar Wiedererlernen früherer Bewegungen. Keine Rezidivneigung.

Die zweite Form ist ein Sekundärzustand nach Lähmungen, wirft sich auf die am wenigsten geschädigten Muskeln. Atrophie der Muskeln, progressives Fortschreiten (trotz therapeutischer Massnahmen) zum Schlechteren, meist fehlerhafte Stellung in Flexion, Neigung zu Rezidiven. Die erste Gruppe entsteht wahrscheinlich durch Reizung der Pyramidenbahnen und motorischen Zellen durch Läsionen in der Nachbarschaft, die zweite durch verschiedenartige inkomplette Läsionen der motorischen Zentren selbst und der Bahnen, die von ihnen abgehen. Spitzer-Manhold, Zürich.

80) **Kouindjy.** La kinésithérapie dans le traitement des maladies nerveuses. XVII e congrès internat. de méd. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 102, p. 1612.)

Die Kinesitherapie mit ihren 4 Komponenten: der methodischen Massage, der Wiedergewöhnung, der Mechanotherapie und Gymnastik ist ein wichtiger Faktor bei Behandlung von Nervenkrankheiten. Im Anfang müssen nur die hypotonischen Muskeln (bei vorhandenen Kontrakturen) massiert werden, um für die Antagonisten ein Gleichgewicht zu schaffen. Die Wiedergewöhnung an Gang und Bewegungen soll die gestörte Harmonie in der Koordination wieder herstellen. Günstig bei lokomotorischer Ataxie, bei Hemiplegien, bei Neuritiden, bei Berufskrämpfen, bei Little; unwirksam bei Paralysis agitans, Sklerose, Friedreichscher Ataxie. Die Mechanotherapie bekämpft Versteifungen und Kontrakturen in Muskeln und Gelenken. Die Gymnastik endlich wirkt im allgemeinen günstig auf den Gesamtkörperzustand bei nervösen Leiden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

81) **Sicard.** Desmarets et Reilly. Radicotomie unilatérale pour algie du membre supérieur droit. Soc. de Neurol. 9. VII. 13. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 80, p. 1299.)

Wegen Wurzelneuralgien war eine Sektion der 7., 8. Cervikal- und 1. Dorsalwurzel gemacht worden, ohne Besserung des Zustandes, sodann wurde nachträglich die 5., 6. Cervikal- und 2. Dorsalwurzel durchschnitten und eine Heilung herbeigeführt. Von Anfang an sollte man in solchen Fällen gleich sechs oder sieben Wurzeln durchschneiden. Spitzer-Manhold, Zürich.



82) **Sicard et Desmarets.** Radicotomie postérieure et ganglicctomie rachidienne pour algies. XVII e congrès internat. de méd. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 109, p. 1698.)

Jede Operation am Rückenmark, die den Zweck haben soll, Nervenschmerzen zu bekämpfen, muss sich radikal auf das Ganglion richten, eine gewöhnliche Radikotomie oder sogar Resektion der hinteren Wurzel nützt nicht viel, es wird dadurch nur ein Uebertragungssegment des Schmerzeindrucks unterbrochen, die Wurzel regeneriert sich in ihrem zentralen ganglionären Ende und die Schmerzen treten wieder auf. Im Hundeexperiment ruft die Reizung des durchschnittenen Wurzelsegments, das ans Ganglion anstösst, lebhafte Schmerzen hervor. Deshalb ist die Ganglionexstirpation die einzige Operation, die auf Zerstörung des Schmerz-, Regenerations- und trophischen Zentrums Einfluss hat. Spitzer-Manhold, Zürich.

83) **Little.** Le traitement de le paraplégie spasmodique. XVII e congrès internat. de méd. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 109, p. 1700.)

Die spastische Paraplegie ist als Folge einer Veränderung oder Funktionsstörung der oberen motorischen Neurone anzusehen. Vortr. bespricht nur Allgemeines, dass die Muskel- und Sehnenfehler orthopädisch gebessert werden können, partielle oder totale Neurotomie, Alkoholinjektionen längs der Nerven und Nerventransplantationen bis jetzt noch keine sicheren Erfolge garantieren. Nur in den allerschlimmsten Fällen solle man die Zuflucht zur Foersterschen Operation nehmen. Bei Idiotie, Epilepsie oder Athetose ist jede Behandlung erfolglos. Spitzer-Manhold, Zürich.

84) **Faure.** Nouveau traitement des paralysies spasmodiques. XVII e congrès internat. de méd. Londres 6.—12. VIII. 13. (Gaz. des hop. 86 e année Nr. 102, p. 1612.)

Je mehr man einen gelähmten Kranken in Ruhe lässt, desto leichter und eher stellen sich Kontrakturen, Atrophien und Retraktionen ein. Vortr. hat seit 1903 eine Methode manueller täglicher Uebungen (erst passiv, später aktiv auszuführen) für die einzelnen Muskeln angegeben, die besonders für rein spastische Lähmungen (Reizung in der Nachbarschaft der motorischen Bahnen, Infektion, Intoxikation) günstige Resultate liefern bis zu einem Wiedererlernen sämtlicher Bewegungen. Sind schlaffe Lähmungen, Atrophien, Muskelretraktionen dabei, was auf einen destruktiven Prozess in den motorischen Bahnen schliessen lässt, so sind die Aussichten für diese Behandlung weniger günstige, obschon auch Besserungen erzielt werden. Massage und allgemeine medikamentöse Therapie sollen daneben nicht ausser acht gelassen werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

85) **Openshaw.** Discussion on the choice of methods in dealing with paralytic deformities in children. 81. annual meeting of the Brit. med. Assoc. in Brigthon 23.--25. VII. 13. (Brit. med. Journ. 27. X. 13 p. 795.)

Vortr. bespricht die von ihm geübten Methoden für Operationen der einzelnen gelähmten Muskelgruppen und Gelenke bei Kindern. In der Diskussion spricht Foerster über die Wurzelresektion, Jones, Ewans, Midelton über die Kontrairritationsmethode: Stichelung der Haut und Bestreichen mit Crotonöl und Canthariden in Mandelöl. Hultmann empfiehlt als beste Reparationsmethode für die geschädigten Muskeln vorsichtiges Bewegen der



einzelnen Gruppen, Elmslie ist dagegen. Im allgemeinen einigt sich die Mehrheit auf operative Therapie der gelähmten Muskeln.

Spitzer-Manhold, Zürich.

86) **Renault et Lévy.** Myélite métatyphique chez un enfant. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection. Soc. méd. des hop. 11. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 80, p. 1299.)

Ein Kind wurde mit spastischer Paraplegie, gesteigerten Reflexen, Kontrakturen, Sphinkterstörungen und Fehlen von Hirnsymptomen ins Krankenhaus aufgenommen. Pottsche Krankheit, Medullärkompression konnten ausgeschlossen werden, es wurde an eine toxiinfektiöse nicht syphilitische Myelitis gedacht. Ein Bruder des Kindes hatte Typhus gehabt, die Mutter erkrankte auch daran, das Kind hatte Durchfälle gehabt, und so suchte man nach Typhusbazillen im Blut und fand solche. Der Verlauf der Myelitis war ein günstiger.

Spitzer-Manhold, Zürich.

87) **Adda.** Lésions osseuses dans la syringomyélie. Congrés de l'assoc. pour l'avancement des sciences, Tunis 1913. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 48, p. 778.)

Bei einem Kranken mit typischen klinischen Symptomen der Syringomyelie sieht man auf dem Röntgenbild Phalangenatrophie, Frakturen, die jedenfalls spontan eingetreten sind, und phalangeale Subluxationen. An der grossen Zehe sind Rarefikationen zu sehen und ein mal perforant des Fusses, das schon alle über dem Knochen liegenden Gewebe zerstört hat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

88) **Meige.** Trophoedème crural. Soc. de neurol. 3. IV. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 43, p. 701.)

Eine 26jährige Frau litt seit 10 Jahren an einem Trophoedem des rechten Unterschenkels, das nach Bettruhe im Anschluss an eine Geburt verging. Der Vortr. sieht darin eine Bestätigung der Existenz ischiadischer Erkrankungen mit Lokalisation im Rückenmark. Spitzer-Manhold, Zürich.

89) **Pierre Marie, Crouzon et Chatelin.** Trois nouvelles observations de côtes cervicales remarquables par quelques particularités cliniques. Soc. méd. des hop. 11. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 80, p. 1298.)

3 neue Beobachtungen von Halsrippen werden mitgeteilt, durch ungewöhnliche Symptome charakterisiert: Anfälle von Eingeschlafensein der oberen Extremitäten (ähnlich dem Raynaudschen Komplex), Thenaratrophie und Claude Bernardsches Zeichen. Radiographisch erwiesen sich die Halsrippen als keilförmig, kurz, einmal ähnlich der ersten Thorakalrippe. Wichtigkeit des Fahndens nach Halsrippen bei sensiblen, reflektorischen oder sympathischen Störungen unbekannter Ursache an den oberen Extremitäten oder in der Halsregion.

Spitzer-Manhold, Zürich.

90) **Pierre-Marie, Crouzon et Chatelin.** Six observations de côtes cervicales. Soc. méd. des hop. 16. V. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 56, p. 906.)

Es werden 6 Fälle von Halsrippen mit Demonstration von Patienten und Röntgenbildern besprochen. Die beobachteten Störungen bestanden in Parästhesien, Muskelatrophien und Erlöschen des Radial- und Tricepsreflexes. Die Radiogramme der Halsrippen zeigen den Typus der keilförmigen, hakenartigen, horizontalen, kurzen und rechtwinkligen. Diese 6 Beispiele sind während

weniger Wochen im gleichen Krankenhaus gefunden worden, Beweis für die häufige Existenz der Anomalie. Spitzer-Manhold, Zürich.

91) **Crouzon.** Un cas de côte cervicale d'origine hérédo-syphilitique Soc. méd. des hop. 11. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 80, p. 1298.).

Bei einem mit erblicher Syphilis Behafteten (Taubheit, Augenerkrankungen syphilitischer Natur) fand man Halsrippen, die neben den anderen Zeichen als Knochendystrophie syphilitischen Ursprungs aufzufassen sind.

Spitzer-Manhold, Zürich.

92) Aerztlicher Verein in Nürnberg, 21. 11. 12. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1913.)

Herr **Rosenfeld**: Ueber Schulterblatthochstand: Uebersicht über pathologische Anatomie, Aetiologie und Therapie des angeborenen Schulterblatthochstands. Demonstration der Bilder eines bemerkenswerten Falls doppelseitigen Hochstands mit Asymetrie der Rippen, der der 17. bekannte Fall ist.

93) **Jacquet.** Action eutrophique de la gymnastique du peaucier cervical sur un ulcère gommeux sus-claviculaire. Soc. méd. des hop. 4. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 77, p. 1257.)

Bei einer 53jährigen Frau, die erfolglos über 5 Wochen wegen eines diphtheroiden Geschwürs der Supraklavikulärgegend mit Jodtinktur und Dermatolsalbe behandelt worden war, trat nach 8 oder 10 täglichen Sitzungen von Platysmagymnastik rapide Besserung und schliesslich totale Verheilung des Geschwüres ein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

94) **Miramond de Laroquette.** Mesure radiographique des mouvements de l'épaule. Congrés de l'assoc. pour l'avancement des sciences. Tunis 1913. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 48, p. 779.)

Die Veränderungen des humero-skapulären Winkels (zw. Achse des Humerus und dem äusseren Rand der Scapula) erlauben es, den Funktionzustand des Schultergelenks zu prüfen. Die Messungen können radiographisch sehr genau vorgenommen werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

95) **Thomas et Jumentié.** Paralysie du plexus brachial par arrachement Soc. de neurol. 3. IV. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 43, p. 701.)

Es wird ein 9jähriges Kind gezeigt, das durch Geschleiftwerden vom Zügel eines Pferdes, welcher um seinen Arm gewickelt war, eine zuerst vollständige Lähmung des plexus brachialis erlitt, später mehr in den unteren Wurzeln. Die Sensibilität kehrte von oben nach unten allmählich wieder. Es bestehen keine Anzeichen einer Beteiligung des Rückenmarkes.

Spitzer-Manhold, Zürich.

96) **Keating-Hart.** Ostéo-sarcome récidivé de l'humérus. Soc. de méd. de Paris 13. VI. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 71, p. 1162.)

Vortr. stellt eine Kranke vor, die an einem grossen Osteosarkom des Humerus gelitten hatte und fünfmal erfolglos (Rezidive) operiert worden war bis man sie vor 5 Jahren chirurgisch und mit Fulguration behandelte. Bis jetzt ist sie gesund geblieben. Spitzer-Manhold, Zürich.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Band VIII. März 1914. Heft 3.

(Aus der orthopädischenHeilanstalt von Sanitätsrat Dr. A. Schanz in Dresden.)

Zur Kenntnis des „traumatischen Oedems“.

Von Dr. PAUL MOLLENHAUER
Assistent der Anstalt.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

Anlässlich einer Begutachtung hatten wir Gelegenheit, einen Fall zu untersuchen, der ein sehr typisches Bild des traumatischen Oedems bot. Die Durchsicht der Literatur, in der zirka 50 Fälle niedergelegt sind, ergab eine ausserordentliche Uebereinstimmung der Schilderung der Krankheitserscheinung, die sich auch mit unserm Fall vollkommen deckte. Nirgends fand sich aber eine charakteristische Abbildung des traumatischen Oedems. Dieser Mangel soll durch die beigegebenen Photographien des Zimmerers A. Sch. ausgefüllt werden. (S. Fig. 1 und 2.)



Fig. 1.



Fig. 2.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Patient verunglückte im Dezember 1902, indem ihm ein Balken auf die rechte Hand fiel. Aus dem ersten Gutachten der Akten geht hervor, dass ein Jahr darauf eine Schwellung des Handrückens bestand. In den folgenden Jahren ist Patient bis jetzt über 20 mal begutachtet worden, ohne dass die Diagnose „traumatisches Oedem“ gestellt wurde. Sein Leben besteht aus einem fortgesetzten Wechsel von kurzwöchentlichen Arbeitszeiten und längeren

Massage-, Bäder- und Gymnastikkuren, ohne dass eine Heilung zu erzielen war. Namentlich treibt ihn das Einsetzen schlechter Witterung zum Arzt. Alle Gutachten erkennen eine Schädigung der Erwerbsfähigkeit an, da stets eine deutliche Schwellung der Hand bestand. Diese war aber zu verschiedenen Zeiten ungleich gross und nach der Lebhaftigkeit der Beschwerden schwankt die Beurteilung zwischen 50 und 20 Prozent Beschädigung.

Im Oktober ds. Js. wurde er in unserer Anstalt untersucht. Ueber seine Beschwerden gab er folgendes an:

Bei nasser und kalter Witterung schwillt die rechte Hand stark an. Sie ist immer kalt, auch im Sommer. Auf dem Handrücken fehlt das Gefühl. Mitunter treten Schmerzen auf, die von der Basis des vierten Fingers nach oben in den Arm ziehen.

In den Zeiten, in denen die Hand angeschwollen ist, besteht eine starke Schwäche der Hand. Diese behindert ihn, die zum Zimmern nötigen Werkzeuge genügend fest zu halten. Er habe deshalb seit sechs Wochen keine Arbeit verrichten können.

Die objektive Untersuchung ergab bei dem 61 jährigen, an Emphysem der Lungen und Arterienverkalkung leidenden Manne eine unscharf verlaufende Schwellung des rechten Handrückens, welche sich bis an das Handgelenk und bis an die Finger ausdehnt. Die Schwellung betrifft die Weichteile, sie fühlt sich ziemlich hart an. Ueber der Schwellung ist die Haut kühler als an der anderen Hand. Druckempfindlich ist die geschwollene Partie nicht. Das Zentrum der Schwellung bezeichnet Patient bei der Untersuchung des Hautgefühls als unempfindlich. Die Finger der rechten Hand werden aktiv nicht vollständig ausgestreckt. Passive Bewegung ist voll vorhanden. Eine Röntgenaufnahme ergab völlig normale Knochenstruktur.

---

1) **Reiche, A.** Rachitis und Bevölkerungsdichte. (Zeitschrift f. Krüppelfürsorge VI, 4)

Das Interesse für Bekämpfung von Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit hat die Rachitisgefahren in Schatten gestellt. Nur an wenig Stellen (z. B. Charlottenburg) ist für die kleinen Kinder, die durch Rachitis ganz besonders gefährdet sind, gesorgt. Von Interesse ist die hohe Rachitikerfrequenz der Provinzen Sachsen, Rheinland, Brandenburg-Berlin beim Vergleich mit Schleswig-Holstein, Oldenburg und Pommern. Erstere dicht bevölkert und an den ungünstigsten Stellen auch noch grosser, sonniger, sandiger

Spielplätze für Kinder entbehrend. Für viele an Rachitis Erkrankte ist die Ueberführung aufs freie Land nicht zu umgehen.

Landwehr.

2) **Rosenfeld.** Die Bekämpfung der Rachitis als Forderung der offenen Krüppelfürsorge. (Ztschr. f. Krüppelfürsorge VI, 3.)

Als eine Frucht der Aufmerksamkeit, die R. seit langem der ambulanten Krüppelfürsorge zuwendet, stellt er den hohen Prozentsatz fest, in dem die Rachitis Ursache der Krüppelleiden ist; zwei Fünftel aller Fälle sind dieses Ursprungs. Das Material ist zu 80% städtisches (Nürnberg); dies und die Beobachtungen von Curtius zeigen, dass ländliche Verhältnisse stark beteiligt sind. Die Biesalskische Zahl von 12% stimmt für die Folgen der abgelaufenen Rachitis. 65% der bei der „Beratungsstelle für krüppelhafte Kinder" behandelten Rachitiker waren durch Mutterberatungsstellen, Jugendfürsorgestellen, Bezirksämter, Amtsärzte, Kinderhospital oder Armenpflege zugewiesen. Operationssaal ist zur Verfügung, der Transport erfolgt durch die Sanitätskolonne vom Roten Kreuz kostenlos. Bei florider Krankheit wird ein Diätplan und Leberthranemulsion verordnet. Letztere wird von einer Fabrik im grossen bezogen und kostenlos abgegeben. Die frühzeitige Behandlung der floriden Rachitis führt in 70% der Fälle zur Heilung und Entkrüppelung. Die Kosten der Rachitisbehandlung betragen ca. 13 Mk. pro Kopf und Jahr. Landwehr, Köln.

3) **Hurtado.** Investigaciones experimentales sobre la acción de los rayos Röntgen en los tejidos vivos y sus aplicaciones a la terapeutica. (Madrid 1913.)

In der vorliegenden Broschüre gibt der Verf. eine gedrängte Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Röntgenbiologie und Röntgentherapie. Besonders eingehend wird über die moderne Tiefentherapie und über die Anwendung der Filter berichtet.

Stein, Wiesbaden.

4) **v. Holst, L.** Ueber die Lagebestimmungen von Fremdkörpern mit Hilfe des Stereo-Röntgenverfahrens. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86. Bd., p. 416.)

Auf Grund günstiger Erfahrungen empfiehlt Verf. zur Fremdkörperlokalisation die Stereo-Röntgenaufnahmen mit Hilfe der Fürstenauschen Stereo-Röhre und Bestimmung der Lage mit dem Fürstenauschen Tiefenmesser. Baisch, Heidelberg.

5) **Schaak, W.** Die Veränderungen des Blutbildes und der blutbildenden Organe nach Amputationen und Exartikulationen auf Grund experimenteller Untersuchungen. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86. Bd., p. 446.) 7*



Verf. hat in sehr interessanten Experimenten an Hunden und Kaninchen den Einfluss studiert, den Amputationen und Exartikulationen auf das Blutbild ausüben. Die Ergebnisse können einzeln nicht angeführt werden. Sie lassen aber erkennen, dass im Organismus eine gewisse Gesetzmässigkeit besteht, mit der der Verlust eines Teiles Knochenmark durch eine Amputation gedeckt werden soll. In erster Linie ist das übrige Knochenmark an der Regeneration beteiligt, weiterhin auch Milz, Lymphdrüsen und Leber. Im strömenden Blut überwiegen Jugendformen der Leukocyten.

Baisch, Heidelberg.

6) **Loett, Robert W.** (Boston). Ueber die Atrophie von Muskeln und Gelenken, in ihrer Beziehung zu den Gelenkverletzungen, -Erkrankungen, und deren Fixation. Mit 4 Abbildg. (Zeitschr. für orthopäd. Chir. Bd. XXXII, S. 472—491.)

Nach einem historischen Ueberblick, der eine ganze Reihe früherer in das Gebiet fallender Arbeiten bringt, bespricht L. in kurzen Kapiteln die Muskel- und Knochenatrophie, ihre Erkennung (Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Knochenatrophie) und klinischen Erscheinungen. Bei jeder Synovitis, Fraktur und Arthritis tritt eine Muskelatrophie auf, die vielfach die sie verursachende Erkrankung überdauert. Die Muskelatrophie ist mindestens ebenso schwer zu beseitigen, als die Gelenkerkrankung selbst. Man soll nie vergessen, dass jede längere Fixation einer Extremität eine Atrophie erzeugt.

Die Knochenatrophie oder ihre Komplikationen können eine Reihe von Beschwerden zeitigen: Schmerzen, Anschwellung, Gelenksteifigkeit, leichte Ermüdbarkeit.

Therapeutisch kommen in Betracht: Massage (nicht forcieren), Heissluft, passive Stauung, aktive gymnastische Uebungen in möglichst kleinen Dosen. Später ausgedehnte aktive Uebungen.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

7) **Kirschner, M.** Der gegenwärtige Stand und die nächsten Aussichten der autoplastischen, freien Faszien-Uebertragung. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86 Bd., p. 5.)

In monographischer Breite und Ausführlichkeit wird von K., dem Autor der autoplastischen freien Faszientransplantation, das Thema erschöpfend behandelt und durch eine Fülle einschlägiger kasuistischer Mitteilungen veranschaulicht, sodass jeder, der sich mit der freien Faszientransplantation beschäftigen will, hier reiche Anregung findet. Für ein Referat ist die Mannigfaltigkeit nament-



lich des speziellen Teiles zu gross. Der vorausgehende allgemeine Teil enthält die wissenschaftlichen Grundlagen der Methode, das histologische Schicksal und die Einheilungstendenz der Faszien, die Technik der Uebertragung. Ferner werden die Vorzüge der Autoplastik im allgemeinen und der Faszienübertragung im speziellen kritisch erörtert. Der zweite spezielle Teil lässt erkennen, ein welch ausgedehntes Anwendungsgebiet sich die freie Faszientransplantation in den 4 Jahren seit ihrer Veröffentlichung bereits erobert hat. Für den Orthopäden am wichtigsten ist die Verwendung der Faszien als künstliche Sehnen und als Ersatz oder Verstärkung von Gelenkbändern, so bei der Operation des Pas valgus, bei habituellen Luxationen u. a. Die Verwendung von freien Faszienplatten ist für den Orthopäden am wichtigsten bei der Mobilisierung ankylotischer Gelenke und zur Isolierung einzelner Abschnitte peripherer Nerven, um sie vor dem Einwachsen des umgebenden Gewebes (Knochenkallus!) zu schützen. Alle Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Baisch, Heidelberg.

8) **Valentin, Br.** Experimentelle Untersuchungen zur homoioplastischen Faszientransplantation. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 85. Bd., p. 574.)

Schon bei der autoplastischen Transplantation gehen die Anschauungen über das Schicksal des Transplantates, ob es sich in seiner ihm charakteristischen Struktur und Zellbestandteilen erhält oder umgewandelt wird, noch weit auseinander, sowohl bei Faszien wie Fett- und Muskeltransplantation. In höherem Masse ist diese Meinungsverschiedenheit aber noch auf dem Gebiet der Homoioplastik vorhanden und, doch hängt für die Verwendbarkeit der freien Transplantation in der Chirurgie vieles von der Lösung der Frage ab, ob eine Homoioplastik mit Einheilung im histologischen Sinne gelingt. Die bisherigen Publikationen haben ergeben, dass sie bei Markgewebe, Gelenkknorpel und Peritoneum gelingt, über die anderen Arten, Haut, Sehne, Faszie und Fett, ist eine allgemeine Einigung noch nicht erzielt. Verf.' Versuche sollen zur Klärung der Resultate für die homoioplast. Faszientransplantation dienen. Die Versuchsprotokolle und histologischen Befunde werden ausführlich wiedergegeben. Als Resultat ist anzusehen, dass bei Hunden die homoioplastische Transplantation der Faszia lata in die Bauchhöhle sicher gelingt und zwar unter Einheilung mit eigener charakteristischer Struktur ohne Ersatz durch Bindegewebe. Baisch, Heidelberg.

9) **Camera** (Turin). Sulla tubercolosi pseudoneoplastica delle guaine tendinee. (La Clinica chirurgica A. XX, Nr. 2.)



An der Hand von drei klinischen Fällen, darunter ein eigener, bespricht Verf. die pseudoneoplastische Tuberkulose der Sehnenscheiden und entwirft das Bild dieser Krankheitsform, welche in den die Pathologie der Sehnenscheiden betreffenden Kapiteln noch keine Berücksichtigung gefunden hat, wie sie das Recht hätte, da ihre Symptomatologie, ihre pathologisch-anatomischen Eigenschaften, Verlauf und Prognose von denjenigen der anderen Tuberkulosearten durchaus abweichen. Buccheri, Palermo.

10) **Baviera** (Marino). Il dito a scatto. (Rivista Ospedaliera vol. II, Nr. 7.)

Baviera hat einen Fall operiert, in dem er fand, dass die Sehnenscheide einige Zentimeter weit leicht verdickt war und die Sehnen, welche vor der Operation verdickt geschienen hatten, keine ihrer charakteristischen Eigenschaften des Glanzes und der Glätte verloren hatten. Buccheri, Palermo.

11) **Ruggieri. L. M.** (Rom). Su due casi di morbo di Friedreich. (Rivista ospedaliera 1913, Nr. 29.)

Verf. illustriert durch Photographien zwei klinische Fälle von dieser Krankheit, bei denen keine erbliche Belastung: Alkoholismus, Syphilis nachgewiesen werden konnte. Doch gehören die beiden Fälle einer Familie von Pellagrakranken an und die Pellagra kann bekanntlich zu verschiedenartigen zerebralen Kundgebungen führen.

R. nimmt sodann an, dass die Hypoplasia des Rückenmarkes etwas Angeborenes sei, und wenn sie sich im 2. Lebensjahrzehnt entwickelt, erblickt er die Gründe dafür im Alter der Entwicklung, und die Hypoplasie stellt eine ungenügende Befähigung zu den normalen Lebensfunktionen dar, die sich in der Pubertätsperiode abspielen müssen. Buccheri, Palermo.

12) **Uffreduzzi** (Turin). L'operazione di Franke per via endotoracica. (R. Accad. di Medicina di Torino, 16 maggio 1913.)

U. hat Versuche im Gang, die darauf hinzielen, die Möglichkeit und die Vorzüge der Ausführung der Frankeschen Operation wegen Tabeskrisen auf endothorakalem Weg darzutun.

Der endothorakale Weg weist ausser der freiwilligen Eröffnung der Pleura, die mit den modernen Hilfsmitteln leicht ertragen wird, keinerlei Uebelstand auf und erleichtert die Auffindung des Nerven und seine Isolierung zentralwärts. Buccheri, Palermo.

13) **Ollino, G.** (Genua). Contributo allo studio della sciatica a tipo radicolare. (La Clinica medica italiana 1913, Nr. 7.)

O. hat bei mehreren an Ischias leidenden Individuen das Verhalten der Reflexe, die elektrischen Reaktionen usw. untersucht und



kommt zu dem Schluss, dass bei mehreren Ischiasformen kein Zweifel über den radikulären Ursprung möglich ist.

Buccheri, Palermo.

14) **Bundschuh, E.** Beitrag zur Stoffelschen Operation zur Beseitigung spastischer Lähmungen. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86. Bd., p. 378.)

Die Stoffelsche Operation, die darin besteht, dass ein Teil der peripheren motorischen Nervenfasern der hypertonischen spastischen Muskeln reseziert wird, um dadurch das Gleichgewicht mit den hypotonischen Muskeln wieder herzustellen, wurde an der Freiburger chirurg. Klinik in drei Fällen mit Erfolg ausgeführt, über die Verf. ausführlich berichtet. Zwei mal handelte es sich um spastische Spitzklumpfüsse mit Resektion der Gastrocnemiusäste des Tibialis und einmal um starke Adduktionskontraktur mit Peronäusresektion, im gleichen Fall auch Operation für den spastischen Spitzfuss. Im 1. Fall ist nach 1½ Jahren der Erfolg nicht ganz genügend, wohl wegen zu wenig ausgiebiger Resektion der betr. Nervenbahnen. In den beiden anderen Fällen ist der Erfolg sehr schön, doch bis jetzt nur wenige Monate zurückliegend. Eine sorgfältige gymnastische Nachbehandlung ist notwendig.

Baisch, Heidelberg.

15) **Frhr. v. Saar, E.** (Graz). Beitrag zur Nervenplastik. (Erfolgreiche totale periphere Implantation des Radialis in den Medianus nach ausgedehnter Resektion des ersteren wegen malignen Neurofibroms.) Mit 2 Abbildg. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurg. Bd. XXXII, S. 460—471.)

Die ausführliche Ueberschrift gibt den Inhalt der Arbeit. Genaue Beschreibung des Falles, der Operation und des Nervenbefundes 2,6 und 26 Monate darnach. Eine ausführliche Epikrise schliesst die Arbeit.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

16) **Alessandri** (Rom). Sui trapianti liberi di osso. (Rivista Ospedaliera. Bd. II, Nr. 6.)

A. berichtet über einen kürzlich von ihm operierten Fall von freier Transplantation bei einem 21 jährigen Mann mit Sarkom der Diaphyse des rechten Radius. Es wurde ein 13 cm langes Stück der Fibula eingepflanzt.

Nach 20 Tagen zeigt die mit Apparat vorgenommene Röntgenaufnahme, dass die Transplantation noch immer in exakter Lage ist und namentlich an der oberen Vereinigungsstelle Anzeichen von knöcherner Neubildung bestehen. Der weitere Ausgang bleibt abzuwarten.

Buccheri, Palermo.



17) **Putti** (Bologna). Sulla trapiantabilità del tessuto osseo. (Società medico-chirurgica di Bologna. 2 maggio 1913.)

Nach Besprechung der allgemeinen Begriffe, die heute über die Ueberpflanzbarkeit des Knochengewebes herrschen, und der Prinzipien, die die Technik der freien Knochenüberpflanzung beim Menschen leiten, illustriert Verf. mit Hilfe von Projektionen, Photographien, Radiographien und mikroskopischen Präparaten sechs Fälle von freier Knochenüberpflanzung und stellt von vier die Operierten vor; zwei Pat., die von ihm wegen Ankylose des Kniegelenks und wegen veralteter bimalleolärer Fraktur mit Luxation des Fusses nach hinten operiert wurden.

Fall 1. — Autoplastische Verpflanzung der Fibula zum Ersatz des wegen periostalen Sarkoms exstirpierten Femur. $9^1/_2$ Jahre alter Knabe. Periostales Sarkom der oberen Hälfte des rechten Femurschaftes. Exartikulation des Hüftgelenkes und Resektion des Femur in der unteren Metaphyse.

Das zusammen mit der ganzen oberen Hemiphyse abgetragene Femurstück misst 25 cm. Ersatz des Femur durch die ganze Fibula derselben Seite mit Ausnahme des Knöchels. 5 Monate nach dem Eingriff ist Pat. imstande, die Extremität intoto von der Ebene des Bettes emporzuheben und ziemlich ausgedehnte Bewegungen des Hüft- und Kniegelenks zu vollführen. Die Vereinigung zwischen Einpflanzung und Wirt ist eine vollkommene. Im 6. Monat spontane Fraktur der Einpflanzung im unteren Drittel. Nach $1^1/_2$ Monaten der Immobilisierung vollkommene neue Konsolidierung. Heute, über ein Jahr nach dem Eingriffe, befindet sich die Extremität in gutem Funktionszustand, die Einheilung der Transplantation ist eine vollständige, doch geht Pat. wegen viszeraler und lokaler Metastasen dem Ende entgegen.

Fall 2. — Autoplastische Ueberpflanzung der Fibula in eine alte Pseudarthrose des Oberarmes. 5jähriger Knabe. Schwere Pseudarthrose des mittleren Drittels des linken Humerus, die seit drei Jahren datiert und wiederholt von anderer Seite operiert wurde. Verpflanzung von 10 cm der Fibula. Zwei Monate nach dem Eingriff Konsolidierung der Pseudarthrose, Pat. kann jede Art von Bewegung vollführen. Im 4. Monat spontane Fraktur der Einpflanzung an ihrem proximalen Ansatz.

Neuer Eingriff; Verpflanzung einer Tibiaschiene, die z. T. durch Metallreif fixiert wurde. Heute, 4 Monate nach der Operation, ist die Konsolidierung noch keine vollständige, aber befriedigend.

Fall 3. — Autoplastische Ueberpflanzung von Tibiateilen in



eine Pseudarthrose des Vorderarmes. 26jähriger junger Mann. Vollständige Pseudarthrose des Radius und der Ulna mit schwerer Deformität. Metallreif um die Ulna und Ueberpflanzung von zwei dicken Tibiaschienen um die Pseudarthrose des Radius. Nach 8 Monaten vollkommene Konsolidierung und vollständiger orthomorpher und funktioneller Erfolg. Pat. benutzt den Arm bei jeder Art Arbeit; auch die Rotationsbewegungen des Vorderarmes sind erhalten. Vorstellung des Operierten.

Fall 4. — Autoplastische Ueberpflanzung von Tibiateilen in eine Pseudarthrose des unteren Drittels des Humerus.

50jähriger Mann. Vollständige Pseudarthrose, die bereits anderweitig erfolglos operiert wurde, verbunden mit Ankylose des Ellenbogengelenkes und Lähmung des Radialis Verpflanzung von zwei dicken Tibiaschienen, die durch Metallreif fixiert wurden.

4½ Monate nach dem Eingriff ist die Konsolidierung weit vorgeschritten. Vorstellung des Operierten.

Fall 5. — Diffuses Osteochondrom des 2. und 3. Metatarsus des rechten Fusses. Abtragung der beiden Metatarsi und Ersatz derselben durch einen dicken Tibiastab. 25 Jahre alter Mann. Der Tumor hatte sich langsam bis zu Orangengrösse entwickelt und behinderte schwer die Funktion des Fusses. Drei Monate nach dem Eingriff wird die Einpflanzung gut ertragen und Pat. geht ohne Beschwerden. Vorstellung des Operierten.

Fall 6. — Homoplastische Ueberpflanzung von Tibiateilen wegen Pseudarthrose des Unterschenkels bei einem osteomalazischen Individuum. 4½jähriges Mädchen. Die Pseudarthrose datiert seit ca. zwei Jahren.

Ueberpflanzung von zwei Tibiaschienen aus dem Pat. des 5. Falles. Drei Monate nach dem Eingriff ist die Konsolidierung eine vollständige. Pat. trägt noch einen Gipsverband. Vorstellung der Operierten.

Fall 7. — Mobilisierung des Kniegelenks wegen knöchernen Ankylose infolge phlegmonöser Arthritis. 17 Jahre alter Junge. Knöcherne Ankylose in Rekurvation, die seit 10 Monaten datiert.

Orthopädische Resektion nach eigener Technik. Zwischenlagerung eines freien Aponeuroselappens aus der Fascia lata. 5 Monate nach dem Eingriff aktive Beweglichkeit leicht und schmerzlos bis zum rechten Winkel. Vorstellung des Operierten.

Fall 8. — Bimalleoläre Fraktur mit totaler Luxation des Fusses nach hinten, die seit 4 Monaten datiert. 25 Jahre altes Mädchen. Doppelter seitlicher Schnitt nach aussen und innen. Plastische



Verlängerung sämtlicher Sehnen der Pronatoren und Supinatoren sowie der Achillessehne. Osteotomie der Fibula am Sitz der Fraktur und Einfügung eines Tibiafragmentes zwischen die Osteotomieenden. Reponieren der Luxation. Drei Monate nach dem Eingriff überaus befriedigender anatomischer und funktioneller Erfolg. Vorstellung der Operierten. Buccheri, Palermo.

18) **De Francesco, D.** (Giussano). Considerazioni sopra alcune cineplastiche. (Archivio di Ortopedia 1912, Nr. 1.)

Durch die von ihm erzielten grossartigen Erfolge sieht sich De Francesco veranlasst, die Kineplastik aufs wärmste zu empfehlen. Dieselbe habe nunmehr volle Berechtigung, unter den Hilfsquellen der Chirurgie verzeichnet zu werden und werde sicher die höchsten Gipfel des Ruhmes ersteigen. Buccheri, Palermo.

19) **Serra, A.** (Bologna). Necrosi e rigenerazione delle ossa in seguito a congelamento negli arti e negli animali. (Clinica chirurgica A. XX, Nr. 4.)

In 16 Versuchen an Kaninchen, die Verf. anstellte, um mikroskopisch die Wirkung des progressiven Sinkens der Temperatur oder längeren Einwirkung einer und derselben niedrigen Temperatur auf die Knochen zu kontrollieren, hat Verf. gefunden:

1. Nichts Anormales, wenn die Extremitäten einfach dadurch abgekühlt werden, dass man sie in eine gewöhnliche Kältemischung von Eis und Salz eintaucht.

2. Nekrose der Knochen und Weichteile, wenn die Extremitäten durch längeres Verweilen in einer starken Kältemischung gefrieren.

3. Nekrose der Knochen allein, während Periost und Knochenmark am Leben bleiben und durch direkte Verknöcherung eine Schicht neuen Knochens um den abgestorbenen erzeugen, wobei letzterer nicht sequestriert wird, wenn man die Gefrierung der Extremität kaum beginnen lässt (was man dadurch erhält, dass man diese 10 Minuten lang in eine Mischung von Eis und krystallisiertem $CaCl_2$ eintaucht). Buccheri, Palermo.

20) **Kofmann, J.** (Odessa). Freie Luft- und Sonnenbehandlung der Knochentuberkulose. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. XXXII, S. 444—447.)

K. hat seinen ersten Versuch im Jahre 1902 gemacht. Er setzt alle knochentuberkulösen Kinder der freien Luft und besonders der Sonne aus.

Die Ruhigstellung der befallenen Gelenke erfolgt im Gipsverband, anfänglich in pathologischer Stellung, die nach 1½—2 Monaten etappenweise korrigiert wird. Abszesse werden punktiert



und mit Naphtol- bezw. Thymol. camphorat. Injektionen behandelt. Nach Aufhören der Exsudation Verband mit grossem Fenster.

Nicht ganz einverstanden wird man da und dort mit K.s Technik der Besonnung sein: Keine allmähliche Gewöhnung, sondern dauernde Besonnung von der ersten Stunde an. K. geht direkt darauf aus, dass sich eine starke Reaktion der Haut einstellt, die sich „in einer wirklichen Verbrennung ersten und zweiten Grades manifestiert.“

Das Vorgehen möchte etwas brüsk erscheinen! Aber auch K berichtet über gute Erfolge hinsichtlich des Allgemeinbefindens, der Fistel- und Ulceraheilung und der Gelenkbeweglichkeit.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

21) **Vulpius** (Heidelberg). Ueber die Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Zeitschrift. für orthopäd. Chir. Bd. XXXII, S. 448—460.)

V. vergleicht den Wert der Sonne des Hochgebirgs, der See und der mittleren Lagen, sowie der künstlichen Belichtung. Die Wirkung der Höhensonne ist von den Wirkungen des Höhenklimas kaum zu trennen. Der Einfluss des Höhenklimas auf den gesunden und kranken Menschen ist aber in seinen Gründen noch nicht erforscht. Per exclusionem kommt man auf die Haupteinwirkung durch die Sonne. Klinisch äussert sich die Sonnenwirkung auf die Haut erstens durch Rötung (evtl. Schwellung und Blasenbildung); sie wird, abgesehen von der Wärmewirkung, durch das Ultraviolett erzeugt. Der Rötung folgt gewöhnlich die Pigmentierung. Ueber die Rolle des Pigments ist man sich auch noch nicht im klaren. Es dient vielleicht als Lichtfilter. Klinisch sprechen ihm manche eine prognostisch günstige Bedeutung zu (Rollier, Schlötter), andere (Lenkei) halten sie nicht für erwünscht, andere zweifeln auch an dem Zusammenhang zwischen Pigmentierung und Heilverlauf (Hamerling, Vulpius). Eine ganz besondere Aufgabe, als „Sensibilisator“ spricht Rollier dem Pigment zu: Es soll kurzwelliges Licht in therapeutisch wertvollere langwellige Strahlen umwandeln, durch welche die Tiefenwirkung des Lichts vermehrt werden soll. Aber auch diese angenommene Tiefenwirkung ist schwer wissenschaftlich exakt zu beweisen, und man hat eine Reihe von Hypothesen aufgestellt.

Das Seeklima wirkt auf die chir. Tuberkulose ebenfalls anerkannt günstig ein. Neben der Sonne tragen der Reiz des Luftbades, der Gehalt der Luft an Salz und Jod zum Erfolg bei. Dem Seeklima aber einen direkten Vorzug gegenüber dem Höhenklima zu geben (schnellere Wirkung — Felten-Stolzenberg) ist nicht angängig.



Auch im Mittelgebirge und in der Ebene sind die Heilkräfte der Sonne zu verwerten (Vulpius in Rappenau, Bardenheuer). Es muss hier natürlich eine besondere Auswahl getroffen werden. (Rauch-, russ- und staubfreie Luft, gut ventilierte Lage.)

Von besonderer Bedeutung ist die Kombination natürlicher und künstlicher Belichtung. In Betracht kommt das elektrische Bogenlicht, das besonders reich an Ultraviolett ist und das Quecksilber-Dampflicht der Quarzlampe, das in dieser Hinsicht sogar dem Sonnenlicht überlegen ist. Das künstliche Licht hat überhaupt den unbestreitbaren Vorzug, dass es jederzeit zur Verfügung steht und genau dosiert werden kann.

Die Erkenntnis, dass eine Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene wohl möglich ist, führte dazu, dass Spezialanstalten dafür in neuerer Zeit entstanden (Hohenlychen, Sahlenburg, Rappenau), die sämtlich auf eine erfolgreiche Tätigkeit blicken. Natzler, Mülheim-Ruhr.

22) **Garré, C.** Ueber die Behandlung der Gelenktuberkulose und der tuberkulösen Spondylitis und ihre Erfolge. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 87. Bd, 1. H.)

Auf die Erfahrungen einer 19jährigen Tätigkeit an den Kliniken Rostock, Königsberg, Breslau und Bonn, die 1073 Patienten mit Gelenktuberkulose und 202 Fälle von Tbc.-Spondylitis umfasst, baut Garré die Leitsätze und Resultate auf, die er in seiner Arbeit wiedergibt. In einer Anzahl weiterer Arbeiten von Assistenten werden die Resultate der verschiedenen Gelenke im einzelnen aufgeführt. Sie bilden somit die Belege für das zusammenfassende Referat, das die Arbeit G.'s enthält.

Bei der Vielgestaltigkeit der Tuberkulose der Gelenke ist ein einseitiges Festlegen auf eine besondere Therapie nicht angängig, einen Gegensatz zwischen konservativer und operativer Behandlungsweise zu konstruieren ist verkehrt, da beide in gleichem Masse berufen sind, zur Heilung beizutragen. Es kann sich nur darum handeln, für die einzelnen Formen und Gelenke die Indikationssphäre abzugrenzen. Allgemein spielen in der Lokalbehandlung fixierende und entlastende Verbände (besonders Gipsverbände, eventl. Schienen und andere Apparate) eine wichtige Rolle, Jodoforminjektionen wurden als eines der wichtigsten Heilmittel häufig verwendet. Die Erfolge mit der Bierschen Stauungshyperämie waren nicht so, dass sie zu allgemeinerer Anwendung durchdrang. Auch mit der Röntgentherapie hatte G. in neuester Zeit nicht sehr befriedigende Erfolge (auf 25 Fälle 6 Heilungen, 4 Besserungen



15 Misserfolge), der günstige Einfluss auf das Allgemeinbefinden war jedoch meist deutlich. Bei kalten Abszessen ist vor Inzission wegen der Gefahr der Sekundärinfektion nicht dringend genug zu warnen, jeder Durchbruch erfordert die genaue Abwägung, ob durch Operation nicht der Herd entfernt werden kann. Neben der Lokalbehandlung spielt die Allgemeinbehandlung eine ganz besonders wichtige Rolle. Soolbäder, Schmierseifenbehandlung, Freilicht- und Sonnenbehandlung, die bei uns nach Möglichkeit anzuwenden sind. — Die glänzenden Resultate der Höhen-Heliotherapie werden zugegeben. —

Es folgen nun die einzelnen Gelenke mit Indikationsstellung und Erfolgen.

Bei der Coxitis war der konservativen Behandlung in den üblichen Bahnen bei weitem der Vorzug gegeben. Anzustreben ist eine solide Ankylose, eine restierende Beweglichkeit nach destruktiver Entzündung ist ein Resultat von fraglichem Wert. Resektion kommt nur in vitalem Interesse bei profuser Eiterung oder Sequesterbildung in Betracht.

Bei dem Kniegelenk haben konservative Behandlungsmethoden jeder Art wenig befriedigenden Erfolg. Die Arthrektomie ergibt gegenüber der Resektion das weniger befriedigende Resultat. Auch bei Kindern, d. h. vor dem 13. Lebensjahr, hat G. bei Resektionen befriedigende Erfolge und kann sie daher nicht zu gunsten der rein orthopäd. Behandlung verwerfen. Bei Erwachsenen verlangt G. bei allen schweren fungösen Formen mit Zerstörung des Gelenkknorpels, bei Sequestern und allen eitrigen, fistulösen Formen die Resektion.

Bei dem Fussgelenk ist die konservative Behandlung vorherrschend, die vereiterten, fistulösen und schwer fungösen Formen wurden operiert nach der Königschen Resektionsmethode mit recht guten Heilerfolgen. Auch das Schultergelenk wurde meist konservativ behandelt. Die Resektion in schweren Fällen hatte recht gute Spätresultate, sodass G. glaubt, die Indikation künftig weiter stellen zu können. Beim Ellbogengelenk wurde der konservativen Behandlung wenig Spielraum gelassen, mit Ausnahme von Kindern. Die konservativ Behandelten wurden meist nur gebessert, nur wenige geheilt. Die Resezierten dagegen ergaben auf 38 Fälle 22 mal Ausheilung, das funktionelle Resultat war nicht immer befriedigend. Beim Handgelenk ist die Resektion ganz zu vermeiden. Bei den eitrigen Fällen wurde durch Exzision und Exkochleation kombiniert mit den übrigen konservativen Hilfsmitteln.



nur in wenig Fällen Ausheilung erzielt, bessere Resultate ergaben die Fälle, die mit einfachen Jodoforminjektionen behandelt wurden.

Baisch, Heidelberg.

23) **Salomoni.** Sulla tubercolosi traumatica. (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche 1913, Nr. 5.)

Verf. weist nach, dass der Gelenktuberkulose bei einem je nach den Umständen schwankenden Prozentsatz der Fälle unzweifelhaft als Gelegenheitsursache ein Trauma zu Grunde liegt, sei es indem dasselbe latente Tuberkuloseherde anfacht oder die Ansiedlung der Kochschen Bazillen darin begünstigt. Buccheri, Palermo.

24) **Andrea** (Livorno). Sinoviti croniche sperimentali. (Pathologica 1913, Nr. 109.)

Verf. erzielte in der Synovialmembran der femoro-tibialen Gelenke, in die er durch Erhitzen abgetötete Tuberkelbazillenleiber oder die verschiedenen toxischen Produkte, die aus diesen gewonnen werden können, enthaltende Flüssigkeit injiziert hatte, mehr oder weniger schwere und ausgedehnte entzündliche Läsionen mit mehr oder weniger trüber, zuweilen deutlich eitrig aussehender seröser Ansammlung einhergehend mit leichter Rötung der Synovialmembran, die verdickt und stark ödematös ist.

Auch in den Sehnenscheiden der Sehnen, die sich an dem Gelenk ansetzen, werden eiterähnliche Ansammlungen gefunden. Die Exsudate erwiesen sich als steril.

Auch Alterationen des Allgemeinzustandes sind eingetreten, ihr hauptsächlicher Exponent ist durch eine progressive Kachexie gegeben. Buccheri, Palermo.

25) **Niosi** (Pisa). Le artropatie emofiliache. (La Clinica chirurgica 1913, Nr. 8.)

N. berichtet über zwei Fälle von Hämophiliearthropathien, die in der chirurgischen Klinik zu Pisa zur Beobachtung kamen. Der 1. Fall (6 jähriger Knabe) täuschte einen Tumor albus des Kniegelenks vor; es bestand Beugung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel um 145°. Er war mit der Diagnose auf tuberkulöse Arthrosynovitis geschickt worden. Die Diagnose auf Bluterarthropathie konnte gestellt werden, auf Grund der sorgfältig aufgenommenen persönlichen Vorgeschichte. Der 2. Fall betraf einen Bruder des vorstehenden Pat. und kam einige Monate später zur Beobachtung. Er zeigte eine Arthropathie des rechten Ellenbogengelenkes, die viele Eigenschaften eines tuberkulösen Prozesses besass.

An der Hand seiner beiden Beobachtungen und der Fälle der



Literatur bespricht Verf. Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose und Behandlung der Krankheit.

Buccheri, Palermo.

26) **Nicoletti** (Rom). Plastiche e trapianti dei tessuti in sostituzione dei legamenti articolari. (R. Accademia medica di Roma. 22 giugno 1913.)

Redn. teilt die ersten Resultate seiner Versuche mit, der einzigen, die bisher ausgeführt worden sind. Er begann am Kniegelenk der Hunde.

Nach Exzision der Seitenbänder, des hinteren Bandes und der Kreuzbänder und vollständiger Beweglichmachung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel in seitlich-medialer Richtung, derart dass die Gelenkenden luxierten, stellte er die Gelenkkapsel wieder her und zwar durch:

a) gestielte Periostlappen,
b) freie Periostlappen,
c) gestielte Faszienlappen,
d) freie Faszienlappen,
e) gestielte Sehnenlappen,
f) freie Sehnenlappen.

In jedem Fall begannen die Tiere nach erfolgter Vereinigung per primam intentionem und Abnahme des Gipsverbandes am 15. Tag in normaler Weise aufzutreten.

Die histologische Untersuchung hat gezeigt, dass das Periost sehr gut einheilt und ein kräftiges Band an den beiden Knochenenden bildet.

Die Faszienlappen verfielen der Nekrose und wurden allmählich durch Bindegewebsneubildung ersetzt.

Inbezug auf die Sehnen kann er sich noch nicht aussprechen.

Buccheri, Palermo.

27) **Wolf, Heinrich F.** (New-York). Ueber die Frühbehandlung der entzündlichen Erkrankung der Gelenke. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII, S. 521—528.)

W. ist der Meinung, dass sich die schweren Versteifungen der Gelenke fast immer vermeiden lassen. Es sind schon mancherlei Versuche mit Erfolg durchgeführt worden, z. B. die Biersche Stauungsbehandlung. Von der Diathermie erwartet er nicht viel, weil er bei der arteriellen Hyperämie, wie sie durch Heissluftapparate erzeugt wird, einen ungünstigen Einfluss im Frühstadium der akuten Entzündungen gesehen hat. Er zieht nicht in Betracht, ob nicht die Erhöhung der Gewebstemperatur durch Diathermie



eine grundsätzlich andere Wirkung ausübt. W. behandelt akut entzündliche Gelenke mit Massage und Bewegungen. Er beginnt mit leichtester Streichmassage — die Schmerzen des Kranken regulieren die Behandlung — d. h. nehmen sie zu, so muss sie ausgesetzt werden. Die Massage bildet nur die Einleitung für die Bewegungsbehandlung. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen muss auf die aktive Funktion des Gelenks Rücksicht genommen werden. Anwendung von Stützapparaten, fixierenden Verbänden; auf die richtige Stellung des Gelenks ist besonders zu achten, z. B. Kniegelenk in Mittelstellung! Bei gonorrhoischer Gelenkentzündung Kombination mit Serum, Vaccine-Einspritzungen und Prostatamassage.

In Fällen von Tbc. und Streptokokkeninfektion des Gelenks ist Massage kontraindiziert. Bewegungen sind wichtiger und ungefährlicher.

Bei Vereiterungen und Abszessen chirurgische Behandlung. Doch ist sobald als möglich mit Bewegungen zu beginnen.

Ein besonders dankbares Objekt der Behandlung bietet die akute Form der Bursitis subacromialis, die zur Versteifung der Schulter führt, wenn sie sich selbst überlassen bleibt. Die Erkrankung soll in Amerika besonders häufig sein. W. heilte von 3 Fällen 2 in 14 Tagen völlig, davon einen nur durch Massage, den andern durch Massage und Aspirin. Natzler, Mülheim-Ruhr.

28) **Wollenberg, G. A.** (Berlin). Zur Therapie der Arthritis deformans. (Zeitschr. f. orth. Chir, Bd. XXXII, S. 442, 43.)

Bei Coxitis def. wendet W. Uebungstherapie an, bes. Innenrotation. Stellungsabweichungen im Gebiet des Fusses begegnet er durch Einlagen. Schienenhülsenapparate leisten bei guter Entlastung Vorzügliches. Bekämpfung der Muskelatrophie durch Massage. Die Lorenzsche Inversion wendet er bei starker Beeinträchtigung der Gelenkbewegungen nicht an.

Operativ empfiehlt er Resektion des Hüftgelenks bei Pseudankylose in schlechter Stellung. Bei Arthrit. def. gen. operative Eröffnung bei Einklemmungserscheinungen durch freie Körper. Am besten gleich unvollständige Arthrektomie.

W. lässt in jedem Fall von Arthrit. def. innerlich Jod nehmen und wendet möglichst lang Heissluftbäder an.

Natzler-Mülheim-Ruhr.

29) **Stein, Albert E.** (Wiesbaden). Zur Technik der Diathermiebehandlung der Gelenkkrankheiten. Mit 2 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII, S. 492—498.)

St. hat über 200 Fälle mit D. behandelt. Sie ist besonders indiziert bei rheumatischen, gichtigen und gonorrhoischen Gelenk-



erkrankungen. Ihr wirksames Prinzip ist die Erzeugung von Wärme im Innern der Knochen und Gelenke selbst. Da es, um Gefühle der Faradisierung, der Verbrennung, zu vermeiden sehr wichtig ist, dass die Elektroden fest aufsitzen, dies aber manuell schlecht möglich ist, hat St. zwei Hilfsvorrichtungen konstruiert. Die eine nach Art der Schreinerholzschrauben, trägt an den senkrechten Balken die Elektroden, die das Gelenk zwischen sich fassen und fest angeschraubt werden können. Für das Fussgelenk, das allein mit dieser Vorrichtung nicht gefasst werden darf, sind besondere Elektroden hergestellt: Eine Nickelfussplatte, ungefähr in Form einer Plattfusseinlage, ist auf einem mit Gummifüsschen armierten Brettchen festgeschraubt. Der Fuss wird auf die Platte aufgesetzt. Die indifferente Elektrode kommt am besten auf das rechtwinklig gebeugte Knie.

Dauer der Sitzungen bis 20 und 25 Minuten. Stromstärke zwischen 0,2 — 1,0 (beim Hüftgelenk) Amp. Genaue Individualisierung ist erforderlich. Natzler, Mülheim-Ruhr.

30) **Riosalido, J.** Varios enfermos de poliartritis reumática tratados por las inyecciones de fibrolisina. (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas 1912.)

R. hat in 8 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus mit mehr oder weniger gutem Erfolge Fibrolysineinspritzungen vorgenommen. Im allgemeinen wurden ca. 20 Einspritzungen gemacht.

Stein, Wiesbaden.

31) **Gironi** (Siena). Sul trattamento delle manifestazioni nervose del male di Pott. (R. Accademia dei Fisiocritici 28. febb. 1913.)

Verf. berichtet über acht in der Klinik zu Siena behandelte Fälle und kommt zu dem Schluss, dass bei den spinalen nervösen Manifestationen infolge tuberkulöser Spondylitis nach Erschöpfung sämtlicher unblutiger orthopädischer Massnahmen blutig eingegriffen werden muss. Nicht eingegriffen werden darf bei floridem tuberkulösem Prozess, beim Vorhandensein sonstiger tuberkulöser Lokalisationen, beim Bestehen von Decubitus und Läsionen der Harnwege. Ein genügender Grund zum Eingreifen auch in der floriden Periode des tuberkulösen Prozesses ist die dauernde Inkontinenz der Sphinkteren. In den Fällen ist direkt an dem Wirbelkörper einzugreifen. Bei den nervösen Kundgebungen aus anderer Ursache als Fraktur ist die Laminektomie zu versuchen. Bei den von zugänglichen Abszessen abhängigen Kundgebungen muss der Abszess konservativ behandelt werden. Buccheri, Palermo.



32) **Cramer, K.** (Cöln). Zur Anatomie der Spina bifida occulta. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII, S. 440, 41.)

Nach Ausfallserscheinungen bei Spina bifida occulta finden sich verschiedene Deformitäten. K. teilt sie in kinderlähmungsähnliche Hohl- und Krallenzehenfüsse. Auch bei Bettnässen findet sich die Spin. bif. occult. häufig. Fovea coccygea fand sich bei 200 Säuglingen in 40%. Ist sie mit dem 10. — 12. Jahr nicht verschwunden, so deutet das auf Spin. bif. occult. resp. gestörte Kreuzbeinanlage. K. hat 2 Fälle operiert. Kurze Beschreibung des Befundes.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

33) **Seemann, O.** Ueber Verlauf und Ausgang der Tuberkulose der Wirbelsäule. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 87. Bd. p. 146.)

In einer sehr ausführlichen und eingehenden statistischen Arbeit hat Verf. das Material der Garréschen Kliniken in Rostock, Königsberg, Breslau und Bonn von tuberkulöser Spondylitis bearbeitet. Es sind 202 Fälle, in 182 davon konnte der jetzige Zustand ermittelt werden, sie liegen den folgenden Schlussfolgerungen zu grunde. Die Spondylitis tbc. bietet je nach Alter und Geschlecht der erkrankten Person und je nach dem Sitz ein wesentlich verschiedenes Bild. Am häufigsten beginnt sie im Kindesalter, bei den später, im II.—III. Dezennium auftretenden Fällen spielt das Trauma ätiologisch eine wichtige Rolle. Am häufigsten ist die unterste Brust- und obere Lendenwirbelsäule Sitz der Erkrankung, danach die mittleren Halswirbel. Der Vergleich der Mortalität ergab, dass dieselbe geringer ist, je früher die Spondylitis auftritt, demgemäss ist auch der Prozentsatz von Dauerheilungen nach 12 Jahren bei den jugendlichen Fällen am grössten. Abszesse trüben die Prognose nur wenig, fistelnde Abszesse dagegen sind eine ernste Komplikation. Kompressionserscheinungen sind in der Jugend der Heilung zugängig, im höheren Alter führen sie meist rasch zum Tode, auch andersartige gleichzeitige Lokalisation der Tuberkulose verschlechtert die Prognose sehr. Die geheilten Fälle ergaben sehr gute Funktion, 3/4 sind zu einem Beruf fähig.

Baisch, Heidelberg.

34) **Leonhard.** Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Schulter-, Ellbogen- und Handgelenks und ihre Erfolge. (Bruns Btrge z. kl. Chir. Bd. 87, p. 125.)

Verf. hat aus dem Garréschen Tuberkulosematerial die Fälle von Schulter-, Ellbogen- und Handgelenkstuberkulose statistisch bearbeitet. Bei der Schultertuberkulose = 25 Fälle wurden acht



konservativ und 17 operativ, darunter 12 Resektionen, behandelt. In bezug auf die Dauerresultate und die Funktion leistet die Resektion bei weitem das beste, sodass die konservative Behandlung noch mehr einzuschränken wäre. Auch bei dem Ellbogengelenk wurde der reinkonservativen Therapie kein allzugrosser Spielraum gelassen. Von 22 konservativ behandelten Fällen mussten drei später reseziert und zwei amputiert werden, von den übrigen 17 wurden nur zwei geheilt und 14 gebessert, nicht besser wird das Resultat bei der Excochleation. Die Resektion lieferte unter 31 Fällen 17 Heilungen, acht spätere Heilungen, drei Verschlechterungen, sechs starben. Auch das funktionelle Resultat war befriedigend. Schlottergelenk hat sich nie gebildet. Bei der Handtuberkulose (40 Fälle) ergeben sowohl die Frühresultate wie die Spätresultate kein erfreuliches Bild, sowohl bei der konservativen, wie besonders aber bei der operativen. Es blieben fast immer erhebliche Bewegungsstörungen, die bis zur völligen Gebrauchsunfähigkeit in den beiden Resektionsfällen sich steigerten. Die Handgelenkstuberkulose bildet daher quoad sanationem, aber auch quoad vitam die schlechteste Prognose. Baisch, Heidelberg.

35) **Mr. Herrera Vegas** und **J. Jorge.** Transplante Tendinoso en el Miembro Superior. (Sehnenplastik an der oberen Extremität). (Revista de la Sociedad Médical. Argentina 1912. Nr. 115.)

V. u. J. teilen einen Fall von vollkommenem Fehlen der Streckmuskulatur des Unterarms mit. Sie haben durch Verpflanzung des Supinator longus auf die Streckseite der Hand, indem das Ende der Sehne an dem dritten Metakarpus befestigt wurde, einen guten Erfolg bezüglich der Streckfähigkeit der Hand erreicht.

Stein, Wiesbaden.

36) **Cinquemani** (Palermo). Di un caso di osteomielite della scapola guarita con panscapulectomia. (Gazetta degli Ospedali e della Cliniche 1913, Nr. 101.)

Die Osteomyelitis in dem Hauptknochen der Schulter ist recht selten. Die Fälle, in denen wegen dieses Leidens das Schulterblatt total entfernt wurde, sind nur wenig. Der chirurgische Eingriff hat stets die anatomische Heilung und vorzügliche funktionelle Dauerresultate ergeben. Buccheri, Palermo.

37) **Rossi** (Mailand). Sarcoma a piccole cellule della scapola. (Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche di Milano. 1. marzo 1912.)

Redn. stellt einen Pat. vor, den er wegen Sarkoms des rechten Schulterblattes operiert hat und bei dem er, da der Tumor besonders

8*



in dem Körper des Knochens sass und Schultergräte und Acromion vollkommen frei waren, letzteres konservierte, um den oberen Ansatz an dem mittleren Abschnitt des Deltamuskels mit bedeutendem Gewinn für die Funktion der Extremität zu erhalten.

Buccheri, Palermo.

38) **Giorgi, G.** (Rom). Proiettile d'arma da fuoco neal cavità midollare dell'omero. (Rivista ospedaliera 1913, Nr. 18.)

Verf. beschreibt einen Fall, in dem er die Anwesenheit einer Kugel in der Markhöhle des Humerus konstatieren konnte, ohne dass ihr Durchgang durch die Rindenschichten des Knochens eine mehr oder weniger ausgedehnte und komplizierte Fraktur bedingte.

Buccheri, Palermo.

39) **Cipollino, O.** Rarissima complicazione della lussazione dell'omero. (Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche 1913, Nr. 93.)

Die aufrechte Luxation des Humerus ist gewiss eine seltene Luxation, äussserst selten aber, wenn nicht einzig dastehend in der Literatur, ist die aufrechte Luxation des Humerus mit Austritt des Kopfes aus der Haut der Achselhöhle ohne weitere Komplikation.

Buccheri, Palermo.

40) **Di Paola** (Rom). Frattura dell'estremo distale del radio a caratteri non comuni. (Rivista ospedaliera 1913, Nr. 10.)

Beschreibung eines klinischen Falles, durch den dargetan wurde, dass in der Epiphyse des Radius ausser den ganz gewöhnlichen Frakturen durch Flexionsmechanismus Frakturen durch Sprengungsmechanismus erfolgen können. Wahrscheinlich tritt dieser eigentümliche Frakturentypus häufiger bei Individuen mit stark entwickeltem Knochengerüst ein. Buccheri, Palermo.

41) **Lunghetti** (Bologna). Sopra un caso di brachidattilia simmetrica della mane. (Archivio di Ortopedia 1912, Nr. 1.)

Der Fall von symmetrischer beiderseitiger Brachidaktylie der Hand beruhte auf Verkürzung der dritten Mittelhandknochen und der zweiten Phalanx der kleinen Finger.

Buccheri, Palermo.

42) **Comparato, G.** (Palermo). Un case di frattura bilaterale dello scafoide del carpo. (Clinica chirurgica A. XX, Nr, 2.)

Comparato hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von doppelseitigem Bruch des Kahnbeines infolge Sturz auf die Handflächen zu beobachten. Es ist dies der erste Fall in der medizinischen Literatur, in dem diese Verletzung isoliert und als Folge eines einzigen Traumas auftrit. Verf. bespricht zunächst die anatomischen Varietäten des Karpus und die klinische Syndrom der Fraktur des



Kahnbeines, und da diese Symptomatologie nichts Charakteristisches und Besonderes bietet, sondern sehr wohl von anderen Läsionen der Handwurzelknochen abhängen kann, schliesst er für die Notwendigkeit der radiographischen Untersuchung in sämtlichen Fällen von schwerer Verletzung des Handgelenkes.

Was die Pathogenese der Läsion anbelangt, kommt er nach einem kurzen Ueberblick über die bisher aufgestellten Theorien zu dem Schluss, dass die zur Entstehung einer Fraktur des Kahnbeines notwendigen pathogenetischen Bedingungen die Hyperextension verbunden mit der Abduktion der Hand sind. In solcher Stellung wird durch einen Sturz auf die Handfläche das Kahnbein zwischen zwei Kräfte gefasst, deren eine vom Boden, die andere vom Radius kommt. Festgehalten in der Konkavität des Radius durch den Druck des grossen Knochens, komprimiert in seinem Hals durch den Griffelfortsatz steht das Kahnbein dem Radius und den übrigen Handwurzelknochen bedeutend nach und demnach wird eben es frakturiert werden. Buccheri, Palermo.

43) **De Liri.** Malattia di Dupuytren con sindrome di Bernard-Horner. (Il Morgagni 1913, August.)

Die spezielle als Dupuytrensche Krankheit bezeichnete Fingerkontraktur und der Hornersche Symptomenkomplex sind von derselben Ursache abhängig: einer wahrscheinlichen Syringomyeliehöhle entsprechend den letzten Halssegmenten und dem ersten dorsalen Segment.

Diese Erscheinung der Rückenmarksdisintegration wird wahrscheinlich durch Gefässalterationen getragen, die Verf. als von syphilitischer Natur betrachten möchte.

Es kann sein, dass die krankhafte Wirkung der Syringomyelie durch die einer Gefässalteration auch ausserhalb der Rückenmarksaushöhlung vervollständigt wird.

Mit anderen Worten, es ist nicht unbedingt notwendig anzunehmen, dass die Aushöhlung bis an die sympathischen Zellgruppen der Seitenhörner reiche, um den konkomitanten Hornerschen Symptomenkomplex zu erklären. Der pathologisch-anatomische Prozess muss nach rechts ausgedehnter und intensiver sein; auf dieser Seite sind in der Tat die Fingerkontraktur, und die Steigerung der Sehnenreflexe stärker ausgeprägt.

Wahrscheinlich bestehen bereits sekundäre entzündliche Reaktionen der Rückenmarkshäute, die zu Kompression der Wurzeln führen. Buccheri, Palermo.



44) **Sievers, R.** Freier autoplastischer Phalangenaustausch in einem Fall von Riesenzellensarkom der Mittelphalanx des linken Ringfingers. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. Bd. 85, 1. H., p. 1.)

Mit gutem Heilungs- und gutem funktionellen Erfolg ist es Verf. gelungen, bei völliger Zerstörung der Mittelphalanx des IV. Fingers dieselbe autoplastisch durch die Grundphalanx der IV. Zehe zu ersetzen. Der Defekt in der Zehe wurde durch einen Tibiaspahn ersetzt. Es ist damit ein erneuter Beweis geliefert, dass die freie autoplastische Transplantation eines ganzen periostgedeckten Röhrenknochens mit beiden Gelenkenden gelingt. Wegen der unvermeidlichen Gelenkflächeninkongruenz bleiben gewisse Funktionsstörungen, sodass da, wo es möglich ist, die Gelenkenden zu erhalten, das Müllersche Verfahren der Uebertragung von Knochenspänen vorzuziehen ist. Baisch, Heidelberg.

45) **Strauss, F.** Ueber Zirkulationsstörungen an der unteren Extremität nach Unterbindung der Art. iliaca communis und der Art. iliaca externa. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86. Bd., p. 395.)

Auf Grund einer eigenen Beobachtung von Unterbindung der Art. iliaca externa, wobei Gangrän an zwei Zehen, sonst aber keine Zirkulationsstörungen auftraten, und auf Grund eingehender Literaturstudien hommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Unterbindung der Art. iliaca ext. ungefährlicher sei als die der Art. iliaca communis. Eine genaue Blutdruckprüfung vor der Operation unter Kompression der zu unterbindenden Arterie, kann die Sicherheit des Erfolges erhöhen. Baisch, Heidelberg.

46) **Nussbaum, Ad.** Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Hüftgelenkes und ihre Erfolge. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 87. Bd., p. 21.)

Verf. gibt die etatistische Uebersicht über das von Garré behandelte und in einem Referat verwertete Material. Von 261 Fällen von Coxitis gingen bei 168 Antworten auf die Fragebogen ein, sodass sie zur Statistik verwertet werden können. Von diesen waren 109 konservativ behandelt, 52 reseziert und 6 sequestrotomiert worden. Es starben 33,9% von den konservativ behandelten, 46,2% von den resezierten und 16,7% von den sequestrotomierten. Als Gesamtresultat ergab sich: ein gutes Resultat in 50,5% der konservativen und in 13,5% der resezierten, ein mässiges in 13,8% der konservativen und in 38,5% der resezierten Fälle, die schlechten Resultate stehen sich bei beiden gleich. Fistulöse und eiterige



Formen verschlechtern das Resultat der konservativen Behandlung natürlich bedeutend. Im ganzen ist aber danach der konservativen Therapie bei weitem der Vorzug zu geben und die Resektion für die schwersten Fälle mit profuser Eiterung oder grossen Sequestern oder für die schwer fungösen Formen zu reservieren.

Baisch, Heidelberg.

47) **Dellitala** (Bologna). Contributo allo studio della tubercolosi juxtaarticolare dell'anca. (Bollettino delle Scienze mediche LXXXIV. Nr 1.)

D. berichtet über 7 persönliche Beobachtungen; bei 5 handelte es sich um femorale Herde, bei 2 um Beckenherde.

Die klinische Untersuchung liess Hinken, spontanen oder provozierten Schmerz, des Hüft- oder Kniegelenks, fehlende Beschränkung der Bewegungen erkennen; die Radiographie zeigte die genauen anatomischen Verhältnisse des Herdes (Anwesenheit von Sequestern, Zonen der Atrophie und Verdickung). In zwei Fällen, einem femoralen Herd und einem Beckenherd, erzielte Redn. durch die radikale chirurgische Behandlung keinerlei Erfolg. Der Eingriff ist an gut begrenzten und leicht zugänglichen Herden indiziert.

Wenn der Herd an dem Hals sitzt, ist die beste Technik die folgende: Inzision auf der Trochantergegend, Durchschneiden des grossen Trochanter an der Basis, wobei er mit den Glutaei im Zusammenhang gelassen wird; man gelangt so auf den Herd und dieser wird entleert; darauf wird der grosse Rollhügel wieder befestigt und die Inzision vollständig vernäht. Sitzt der Herd in dem Becken, so ist je nach den Fällen vor oder hinter dem Gelenk einzugreifen.

Buccheri, Palermo.

48) **Galeazzi, R.** (Mailand). Contributo alla cura incruen ta della lussazione congenita dell'anca (con presentazione di operati e con proiezioni). (Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche di Milano. 15. febbraio 1912.)

Nach einem Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Pathogenese der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes hebt Redn. die Bedeutung der von Le Damany begründeten anthropologischen Theorie hervor. Im Anschluss daran bespricht er die von ihm in 25 Fällen zur Behandlung dieser Deformität angewandte Methode, wo er Heilung durch einfache Detorsion des Femur erzielte. Die Indikationen und Schranken dieses neuen Verfahrens der Reposition werden erläutert und die Bedeutung nachgewiesen, die nach den erzielten Erfolgen die Theorie von Le Damany erlangen würde. Schliesslich werden die erzielten Heilungen



durch Projektion der Radiographien vor und nach dem Eingriff beleuchtet und zahlreiche Operierte zur Demonstration der erreichten anatomischen und funktionellen Heilung vorgestellt.

Buccheri, Palermo.

49) **Lance.** Traitement des fractures de la diaphyse du fémur chez l'enfant. (Gaz. des hop. 86e année. Nr. 72, p. 1173.)

Verf. zieht den üblichen Extensionsverbänden bei Oberschenkelbrüchen, die bei Kindern doch nie recht halten, seine eigene Methode vor. Der kleine Patient wird nach dem Unfall ca. 8 Tage einfach in einer Hennequin'schen Blechrinne gelagert, die Shockerscheinungen und die Geschwulst sollen so erst abgewartet werden. Darauf doppelte Röntgenaufnahme (von vorn und von der Seite) des gebrochenen Oberschenkels. Aethernarkose. Auf der Beckenstütze Anlegen zweier Gipsverbände: der eine umfasst das Becken und reicht bis an die Mamillen, der zweite schliesst Fuss. Unterschenkel im Knie (bei starkem Gelenkserguss) in 90° Flexion zum Oberschenkel (um bei Abfallen der Geschwulst ein Hinaufrutschen des unteren Fragments im Verband zu vermeiden) und letzteren ein. Zwischen beiden Verbandteilen bleibt ein Zwischenraum von einigen Zentimetern. Nun erfolgt die Reduktion durch Zug an einer Knieschlinge, ausgeübt durch das Körpergewicht des Operateurs, der in der Schlinge steht und solange darin bleibt, bis die nun durch Gipsbindentouren vereinigte Lücke sowie die andern Teile des Verbandes ganz hart geworden sind. Am nächsten Tag Kontrolle durchs Röntgenbild. Ist alles in Ordnung, so bleibt der Verband 4 Wochen liegen, im Bett wird das Becken durch Kissen so gelagert, dass der rechtwinklig abgebogene Unterschenkel ja nicht hängt, sondern beinahe horizontal liegt. Das Gehen mit Krücken im Verband wird erlaubt. Nach 4 Wochen Abnahme des Verbandes, leichte passive Mobilisierung, Bettruhe 8 Tage, darauf tritt normale Funktion des Beines rasch spontan ein. Hat die Röntgenaufnahme nach der Reduktion noch einen Stellungsfehler aufgedeckt, so kann man ruhig die Extremität 8 Tage im gleichen Verband liegen lassen. da die Extension allein schon günstig wirkt, darauf Aufschneiden des Verbindungsstückes zwischen den Verbandsteilen, endgiltige Verbesserung ohne Narkose, da jede Reduktion jetzt spielend und schmerzlos vor sich geht. Bei Erwachsenen wurde diese Methode für Ober- und Vorderarmbrüche mit grossem Erfolg angewendet. Die doppelten Gipsverbände erleichtern auch sehr die Reduktion von Ankylosen in falscher Stellung (Hüfte, Knie) und sind sehr bequem für den Praktiker.

Spitzer-Manhold, Zürich.



50) **Hurtado.** Fracturas del Femur y su Tratamiento- (Madrid 1914.)

Das vorliegende Werk ist eine ausführliche Darstellung der Lehre von den Frakturen des Femur und ihrer Behandlung. Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie werden in vorzüglicher Weise behandelt. Sämtliche modernen Methoden der Behandlung von Oberschenkelbrüchen werden eingehend besprochen, vor allem die Steinmannsche Nagelextension und die Bardenheuerschen Extensionsmethoden. Die beigegebenen Tafeln enthalten so hervorragend gute Reproduktionen von Röntgenaufnahmen und Präparaten, wie man sie selten zu sehen gewohnt ist. Von besonderem Interesse waren uns noch die Vergleichsbilder der Femur- und Hüftgelenkstrukturen mit bestimmten Architekturformen.

Stein, Wiesbaden.

51) **Lorenz, Adolf** (Wien). Ueber die unblutig operative Behandlung der Pseudarthrosis colli femoris. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurg. Bd. XXXII, S. 499—514.)

L. streift kurz die sonst vorgeschlagenen Behandlungsmethoden — Nagelung der Bruchenden, Auffrischung und Koaptation mit oder ohne Naht, osteoplastische Operationsmethoden, Exstirpation des koxalen Femurendes und des proximalen Bruchstücks. Die blutige operative Behandlung der Schenkelhalspseudarthrose ist aber bei älteren Personen zu gefährlich, bei jüngeren mindestens überflüssig.

Die Frage nach der Ursache der so häufigen pseudarthrotischen Heilung der Schenkelhalsbrüche ist noch nicht geklärt: Je medialer gegen den Kopfpol, desto häufiger ist sie. Mangelhafte Opposition der Bruchenden, mangelhafte Ernährung kommen in Frage; erstere mindestens so gut wie letztere. Geheilte Schenkelhalsbrüche werden häufig zu früh voll auf Beugung beansprucht. Dies sollte keinesfalls vor dem Jahrestag des Unfalls geschehen.

Die mangelhafte Funktion des kranken Beines ist nicht nur durch die unzureichende Tragkraft des Sckenkelhalses und die Atrophie der pelvitrochanteren Muskeln, sondern auch durch die Kontrakturstellung des Beines bedingt. Sie entspricht der typischen Kontraktur des funktionsdefekten Hüftgelenks und ist charakterisiert durch Adduktion, Aussenrotation und Flexion. Hauptursache der schlechten Funktion des pseudarth. Hüftgelenks sind Adduktion und Flexion.

Das Problem der orthopädischen Behandlung der Pseudarthrose des Schenkelhalses muss zwei Punkte zu lösen versuchen: Knöcherne

Vereinigung der Fragmente, Ueberkorrektur der Kontrakturstellung. Letzteres ist immer zu erreichen.

L. geht so vor: In Narkose wird bei maximaler Adduktion das Femur nach oben und aussen gestossen, um die Bruchenden zu lösen. Maximale Abduktion mittels modellierenden Redressements, kombiniert mit Myorrhexis adductorum. Beseitigung der Flexion und Rotationsbeschränkung durch kräftige Innenrotation. Dann werden die Fragmente „exasperiert". Alle Verkürzungen werden durch Dehnung der Weichteile beseitigt. Gipsverband unter dauernder Extension in extremer Abduktion und Innenrotation von den Darmbeinkämmen bis zu den Knöcheln auf mindestens 3—4 Monate. L.s Resultate sind ausgezeichnet.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

52) **Els, J.** Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Kniegelenkes und ihre Enderfolge. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 87. Bd., p. 51.)

Wie Garré in seinem zusammenfassenden Urteil betont, hat beim Kniegelenk die konservative Behandlung wenig ermutigende Erfolge gegeben. Die Statistik, auf der sich das Urteil aufbaut, umfasst 454 Fälle. In einer Reihe von zuerst konservativ behandelten Fällen musste später operiert werden, sodass nur 86 rein konservativ behandelte zur Beurteilung übrig blieben, die in 61,2 % ein gutes und in 45,3 % ein unbefriedigendes Resultat ergaben. Die Art der konservativen Behandlung hält sich im Rahmen der von G. für alle Gelenktuberkulosen skizzierten Bahnen. Bezüglich der operativen Behandlung ergab die reine Arthrektomie, die nur 13 mal ausgeführt wurde, so unbefriedigende Resultate, dass sie jetzt ganz verlassen ist. Primär amputiert wurden 32 Fälle wegen hohen Alters oder wegen so desolaten Zustandes, dass eine Indicatio vitalis vorlag. Die Resektion wurde in 268 Fällen ausgeführt. Die Frühresultate derselben sind 87,73 % Heilungen, 5,59 % Besserungen, 0,74 % Rezidive, 3,73 % Nachamputationen und 2,24 % Todesfälle. Als Dauerresultate ergaben sich unter 174 nachgeforschten Fällen, bei denen die Operation mindestens ein Jahr zurücklag, 83,6 % mit vorzüglich brauchbarem Glied. Auch bei jugendlichen Individuen gibt die Resektion häufig genug ein so gutes Resultat, dass sie bei schweren Zerstörungen ausgeführt werden soll. Immerhin ist hier, wenn möglich, die konservative Behandlung vorzuziehen.

Baisch, Heidelberg.

53) **Zanboni** (Venedig). Voluminoso tumore della regione anteriore del ginocchio. (Società di Scienze mediche in Conigliano Veneto, 2 maggio 1913.)



Redn. legt einen grossen aus der präpatellaren Region exstirpierten Tumor vor, der sich im Anschluss an ein Trauma entwickelt hatte und eine Zeitlang klein geblieben war, um dann eine rasche Entwicklung anzunehmen. Es handelt sich um ein teilweise degeneriertes Sarkom der Bursa praepatellaris im Gewicht von 2400 g.
Buccheri, Palermo.

54) **Blecher.** Ueber die seitliche Abreissung der Menisken. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 123. H. 5/6, p. 601.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von seitlicher Meniskusabreissung, welche das typische Bild der Streckbehinderung (Zwangsbeugestellung) mit starker Schmerzempfindlichkeit des betreffenden Gelenkspaltes boten. Ein 3. Fall zeigte die Symptome der intermittierenden Einklemmung; ein 4. Fall von blosser Kapsellockerung und Entzündung der Synovialis ergab das Krankheitsbild einer chronischen Einklemmung. In allen Fällen führte die Operation, wenn möglich Naht, sonst Exstirpation des Meniskus, zur Heilung der Beschwerden.
Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Francini, M.** Sulla cura chirurgica delle anchilosi de ginocchio. (Archivio di Ortopedia 1912, Nr. 1.)

Für die traumatischen Ankylosen liegt die wirksamste Prophylaxe in der geeigneten Behandlung der intra-artikulären Frakturen unter sorgfältiger radiographischer Kontrolle und mit ausgedehnter Anwendung der sofortigen Knochensynthese.

Die auf Gelenkleiden folgenden Ankylosen verdienen, wenn der Prozess seit längerer Zeit und mit Sicherheit abgelaufen ist, mit der orthopädischen Resektion behandelt zu werden und geben, besonders die nach tuberkulösen Arthrosynovitiden, die besten funktionellen Resultate.

Bei Individuen, welche schwere Handwerke ausüben, ist eine solide rechtwinklige oder fast rechtwinklige Ankylose stets nützlicher als ein wenig festes bewegliches Gelenk. Bei solchen Personen wird es somit zweckmässig sein, nicht allzu ausgedehnte und gleichmässig verteilte Resektionen auszuführen.

Bei der Behandlung der Ankylosen des Ellenbogengelenkes ist ein ganz bedeutender Fortschritt der Operationstechnik dargestellt durch die Zwischenlagerungen, mit denen das Rezidiv sicher vermieden werden kann, die gegenseitige Modellierung der resezierten Knochen begünstigt, der Schmerz der frühzeitigen Mobilisierung herabgesetzt wird.

Unter den verschiedenen Methoden der Zwischenlagerung verdienen diejenigen den Vorzug, bei denen zwischen die resezierten



Knochen von demselben Individuum speziell aus der Nähe des Gelenkes selbst ein gestielter Lappen nach dem von Durante angegebenen Verfahren gebracht wird.

Die postoperative Behandlung besteht in einer kurzen unmittelbaren Immobilisierung in Extensionsstellung und darauffolgender Applikation der Bewegungstherapie, Massage, Bäder.

Buccheri, Palermo.

56) **Stabilini.** Sulla correzione del ginocchio valgo dell'adolescente mediante l'apparecchio di Mikulicz. (Archivio di Ortopedia 1912, Nr. 1.)

Im Durchschnitt hat Verf. einen guten Erfolg nach 44 Tagen erzielt. Um nicht den Effekt der Korrektur zu verlieren, wurde nach diesem Zeitraum, sobald dieselbe das richtige Mass erreicht hatte, die Extremität oder Extremitäten in einem geeigneten (mit Wasserglas) hergestellten Apparat mit Seitenschiene fixiert. Der Patient konnte so gehen und der Apparat längere oder kürzere Zeit, die durch die Nachuntersuchungen bestimmt wurde (25—35 Tage), beibehalten werden. Buccheri, Palermo.

57) **Lance.** Les diverses variétés d'arrachements de la tubérosité antérieure du tibia. (Gaz. des hop. 86e anneé Nr. 49, p. 793.)

Der Mechanismus der Abreissungsfrakturen an der Tibia ist immer der gleiche: ein Stolpern und Bestreben, sich durch Hintenüberwerfen des Rumpfes im Gleichgewicht zu erhalten. Nach Jensen bringt diese Anstrengung zwischen dem 12.—20. Lebensjahr eine Abreissung der tub. tibiae hervor, vom 20.—40. eine Patellarfraktur, vom 40.—60. ein Abreissen der Patellarsehne. V. bespricht die Entwickelung der tub. tibiae, deren endgültige Verschmelzung mit der Tibia erst zwischen das 18.—25. Jahr fällt, von dieser Altersgrenze an kann man überhaupt erst von einer Abreissungsfraktur sprechen, vorher nur von einer apophysären mehr oder weniger vollständigen Ablösung. Besprechung der Schlatter'schen Krankheit und der Alsberg'schen entgegengesetzten Ansicht — der verkannten Apophysitis der Adoleszenz. Verf. neigt mehr zu letzterer Ansicht. Das Interesse ist nur ein theoretisches bei der Differentialdiagnose, die Therapie bleibt die gleiche: Bettruhe für ca. 14 Tage, Kompression, Massage des Quadrizeps.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Pieri** (Rom). Sulla malattia di Osgood-Schlatter. (Rivista Ospedaliera vol. II. Nr. 6.)

Pieri beschreibt einen von ihm beobachteten Fall, bei dem er das plötzliche auf ein Trauma oder eine Anstrengung als Ursache



zurückführbare Auftreten ausschliesst. In solchen Fällen möchte Verf. die Läsion auf eine Entwicklungsanormalität, auf eine Störung in dem lokalen Ossifikationsprozess zurückführen und so eine Form traumatischen Ursprungs und eine solche dystrophischen Ursprungs unterscheiden. Buccheri, Palermo.

59) **Rauch, F.** Die operative Behandlung von Varikositäten und Ulcera cruris mit dem Rindfleisch-Friedelschen Spiralenschnitt. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 86. Bd., p. 403.)

Auf Grund 5 eigener Fälle und der in der Literatur seit Angabe der Operation (1908) wiedergegebenen Beobachtungen glaubt Verf. den Rindfleisch-Friedelschen Spiralenschnitt bei gewissen schweren Fällen von varikösem Symptomenkomplex empfehlen zu können. Nach vorhergehender Unterbindung der V. saphena müssen die Spiralschnittturen möglichst eng und tief angelegt werden. Primäre Naht ist unzweckmässig, im Gegenteil, es sind möglichst tiefe Narben anzustreben. Die Operation ist immerhin mit erheblichem Blutverlust verbunden und die Behandlungsdauer kann sich auf Monate erstrecken. Die Indikation zur Operation ist daher nur eng zu stellen, doch bietet sie bei den schweren Fällen immerhin günstige Aussichten. Baisch, Heidelberg.

60) **Syring.** Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Fussgelenkes und ihre Erfolge. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 87. Bd., p. 88.)

S. bringt die statistische Bearbeitung der von Garré behandelten Fälle von Fusstuberkulose. Es sind 215 Fälle, von denen ausschliesslich konservativ 32, erst konservativ und danach operativ 114, und gleich operativ 69 Fälle behandelt worden waren. Man erkennt, dass bei der Fusstuberkulose die konservative Behandlung wohl vorherrscht. Dass sie aber doch recht häufig ungenügende Erfolge zeitigt, die zu operativem Eingreifen zwingen. Nur bei richtiger Auswahl der Fälle wird die konservative Behandlung zum Ziele führen und liefert dann auch ausserordentlich günstige Resultate (75 %). Die grosse Mehrzahl von Fusstuberkulosen erfordert operative Eingriffe. Von diesen kommt nur in einem geringen Prozentsatz, 46 von 183 Fällen, Inzision und Excochleation in Betracht, in der Mehrzahl (97 Fälle) wurden Resektionen, und zwar meist nach der Königschen Methode, ausgeführt, sie gab in 30 % ein vorzügliches und in 31,2 % ein gutes Resultat, ein mässiges oder ungenügendes in je 12,5 %. Bei Erwachsenen bildete sich nach der Resektion, besonders nach der Talusexstirpation, fast stets ein Pes valgo-planus, bei Kindern dagegen ein Hohlfuss,



bei diesen stellt sich der Kalkaneus bis zu einem Winkel von 80° steil in die Malleolengabel, bei den Erwachsenen behielt er dagegen eine platte Lage. Die jugendlichen Individuen geben auch sonst funktionell nach der Resektion ein besseres Resultat als Erwachsene. — Die Amputation war in 45 Fällen ausgeführt worden, und zwar 27 mal primär und 18 mal sekundär.

Baisch, Heidelberg.

61) **Lop.** Un cas type de pied de Madura. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 77, p. 1255.)

Die in Europa so seltene Erkrankung des Madurafusses konnte vom V. in Marseille bei einem aus Bombay kommenden indischen Schiffsführer beobachtet werden. Die Erkrankung erfolgte nach Angaben des Patienten akut nach Splitterverletzung am Fuss. Dieser war unförmig verdickt, zeigte erweichte Partien, die hier und da aufgebrochen waren und eine Masse wie dünne gelbe Vaseline absonderten. Starke Schmerzen, kein Fieber, Verlust von Appetit und Schlaf. Amputation des Fusses im unteren Drittel des Oberschenkels. Genesung. Nach 2 Monaten fuhr der Mann gesund wieder nach Bombay zurück. Das Fussungetüm bestand inwendig aus Zellen, die miteinander kommunizierten und mit schmieriger gelblich-grauer Masse ausgefüllt waren, alle Knochen waren in Brei verwandelt, tuberkuloseähnliche Granulationen und Fäden mit zentralem Mycelium füllten die Fungositäten aus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

62) **White.** Retrocalcanean bursitis. (The New York med. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 6, p. 263.)

Im Anschluss an eine eigene Beobachtung von bursitis retrocalcanea bespricht V. das Krankheitsbild. Die Affektion neigt zu Rezidiven, deshalb ist die Therapie der Ruhe nicht durchgreifend, am sichersten wirkt die Totalexstirpation des Schleimbeutels. Beschreibung der Technik. Nach 8 Tagen Immobilisation kann mit passiven Bewegungen, nach 12 oder 14 Tagen mit Gehen begonnen werden. Dieses ist im Anfang schmerzhaft, nach 3 bis 4 Wochen ist aber vollkommene Heilung des Zustandes eingetreten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

63) **Muskat, Gustav.** (Berlin). Die Anwendung der Diathermie zur Behandlung des fixierten Plattfusses. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII, S. 515—520.)

Beschreibung der vom Verf. angewandten Technik. Die Wärmeregulation wird vom Patienten selbst vorgenommen. Die Zeit der Behandlung schwankte zwischen fünf und zwanzig Minuten. Die Erfolge waren gut. Häufig wurden die Fixierungen in wenigen Sitzungen gelöst. Besonders gut war die Wirkung bei Schwellungen



der Fusssohle unter dem Metatarsale I. Auch arteriosklerotische Spasmen wurden in kurzer Zeit gebessert.

M. sieht in der Diathermie ein wirksames neues Heilmittel bei der Behandlung des kontrakten Plattfusses.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

64) Wiener k. k. Gesellschaft der Aerzte, 18. 4. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1913.)

Herr **v. Khautz**: Vorstellung eines 14jährigen Knaben mit Spontanfraktur des Humerus infolge Knochenzyste. Im oberen Drittel des Humerus sieht man anstatt der normalen Markhöhle einen 6 cm langen eiförmigen Hohlraum, die Kortikalis ist hier verdünnt, kaum 2 mm dick, die Kontur der Diaphyse ist noch erhalten. Nahe der Mitte der Zystenhöhle findet sich die querlaufende, zackige Bruchlinie.

Klar, München.

65) **Monchet**. Paralysie tardive du nerf cubital à la suite d'une fracture du coude atteignant le condyle externe de l'humérus. Soc. de méd. de Paris 24. V. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 63, p. 1035.)

Vortr. lenkt bei Vorstellung eines Kranken die Aufmerksamkeit darauf, dass eine späte Ulnarislähmung nach Bruch am Cond. ext. eintreten kann infolge der Valgusstellung, die die Extremität mit der Zeit einzunehmen bestrebt ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **Pierre Marie et Léri**. Deux variétés fréquentes de déformations rhumatismales séniles du pouce. La nodosité du pouce. Le pouce en Z. Soc. méd. des hop. 11. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 80, p. 1298.)

Die erste der rheumatischen Altersveränderungen am Daumen (ein Vorsprung des Carpo-metacarpalgelenks des Daumens am äusseren Handrand) ist sehr häufig und analog den Knotenbildungen am Carpus und an den Phalangen. Alle diese Erscheinungen beruhen auf einer ossalen Auftreibung des Knochenendstückes mit Entzündungserscheinungen von Seiten der Knorpel und Synovialhüllen. Die zweite Altersvarietät am Daumen ist der weniger bekannte Z-förmige, der zur Annahme einer Fraktur oder Luxation führen kann, wenn man über den arthritischen Ursprung nicht orientiert ist.

Der erste Metacarpus ist dem zweiten stark genähert, seine Basis bildet einen grossen Knoten, sein Kopf ist (wenn man vom Handrücken aus sieht) unter der Palmarseite des II. versteckt, als wenn der Daumen in forzierter Opposition wäre. Die erste Daumenphalange befindet sich dagegen in starker Hyperextension, so dass sie mit dem Metacarpus einen nach aussen und hinten offenen Winkel bildet.

Spitzer-Manhold, Zürich.

67) Verein der Aerzte in Halle a. S., 29. 1. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1913.)

Herr **K. Loening**: Vorzeigung eines Falles von Polydaktylie, bei dem die beiden Daumen scherenförmig gegeneinander bewegt werden, der Nebendaumen kann aber nicht in Opposition gestellt werden.

68) **Enriquez et Gutmann.** La sciatique appendiculaire. Soc. méd. des hop. 20. VI. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 71, p. 1161.)

Vortragende fanden bei 3 Kranken mit hartnäckigen jeder Therapie



trotzenden ischiadischen Schmerzen bei Röntgendurchleuchtung Verwachsungen der Blinddarmgegend mit der hinteren Wand. Nach der Appendektomie und Lösung der Verwachsungen waren die Kranken von ihrer Ischias befreit.

Spitzer-Manhold, Zürich.

69) **Delbet.** Traitement des pseudarthroses du col du fémur par la greffe osseuse. Acad. de méd. 27. IV. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 61, p. 1004.)

Da durch Arthrotomien der Femurkopf zu Nekrosen disponiert wird, verzichtet Vortr. bei Transplantationen wegen Pseudarthrosen im Hüftgelenk auf eine solche und umgeht sie mit Hilfe eines von ihm konstruierten Instrumentariums. Er setzt einfach ein sorgfältig von Periost befreites Stück Fibula in ihrer ganzen Dicke und etwa 7—9 cm Länge unterhalb des grossen Trochanter in die Halsgegend, bis in den Femurkopf hineinragend, ein und hat mit diesem mechanischen Transplantat bei 3 Fällen sehr gute Erfolge erzielt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

70) **Mouchet-Lannay.** L'os „tibiale externum“ ses raports avec la tarsalgie et la fracture des scaphoïdes tarsiens, d'après cinq observations. Soc. de chir. de Paris 16. VII. 13. (Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 525.)

Der Luschkasche dreieckige Knochen, an der hinteren und inneren Fläche des Fussnaviculare gelagert, hat insofern chirurgisches Interesse, als er nach Trauma des Fusses auf dem Röntgenbild eine Absprengung des Navicularehöckers (sehr selten!) vortäuschen kann. Existiert oft beiderseitig (Aufnahmen beider Füsse!). Ohne Trauma kann auch die Existenz eines solchen Knochens Schmerzen verursachen, am inneren Fussrand ist ein Vorsprung zu sehen, der Fuss macht den Eindruck eines planus-valgus. Die Therapie der Beschwerden besteht in Abtragen dieses tibiale externum. 5 eigene Beobachtungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

71) **Lucas-Championniére.** Opération du pied bot par l'ablation de tous les os du tarse. Régénération osseuse chez de jeunes sujets. Acad. des sciences 28. VII. 13. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 89, p. 1432.)

Seit 1889 hat Vortr. bei 42 Klumpfüssen die brutal scheinende Resektion des ganzen Tarsus mit Ausnahme der hinteren Calcaneuspartie mit sehr gutem Erfolg ausgeführt. Die mittlere Fusspartie ist dann so weich, dass man sie nach Belieben sofort und vollständig redressieren kann, ohne sekundäre Sehnendurchschneidungen vornehmen und orthopädische Apparate tragen lassen zu müssen. Die zentralen fibrösen Partien werden bald so hart, dass das Gehen nach kurzer Zeit möglich ist. Beim Erwachsenen konnte man radiographisch nachweisen, dass keine Knochenreproduktion stattfindet, beim Kinde hingegen ist sie so vollständig (wohl von stehengelassenen Knochenkernen und Knorpelzentren zwischen den Weichteilen her), dass man an eine stattgefundene Exstirpation der Keilbeine und des Würfelbeines gar nicht glauben mag.

Spitzer-Manhold, Zürich.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Georg Joachimsthal †.

Der 1. März brachte uns die den meisten überraschend kommende, von den Näherstehenden mit banger Sorge befürchtete schmerzliche Nachricht, dass der a. o Professor und Direktor der Berliner Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie Dr. Georg Joachimsthal im Alter von nicht ganz 51 Jahren uns durch den Tod entrissen wurde.

Joachimsthal hat früh schon seine Interessen auf die orthopädische Chirurgie konzentriert. Schon seine Doktorarbeit 1887 befasste sich mit der »Pathologie und Therapie der Skoliose«. Nachdem er 1888 die ärztliche Approbation erlangt hatte, wurde er Assistent bei Julius Wolff, und zwar zunächt in dessen Privatklinik und von 1890 an in der neugegründeten Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie, der er 10 Jahre hindurch seine Arbeitskraft widmete. 1897 wurde seine Arbeit »Ueber funktionelle Formveränderungen an Muskeln« von der Pariser Akademie der Wissenschaften mit einem Preis bedacht. Im folgenden Jahr habilitierte er sich in Berlin und wurde schon 1902 zum a. o. Professor ernannt.

Nach Hoffas Hinscheiden kehrte er 1908 als dessen Nachfolger in die Universitäts-Poliklinik zurück, die kurz zuvor in ein neues Haus übergesiedelt war.

Im Jahre 1911 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie, innerhalb welcher er seit ihrer Gründung das Amt des ersten Schriftführers begleitet hatte. Im gleichen Jahre rief er die Berliner orthopädische Gesellschaft ins Leben. 1912 wurde er korrespondierendes Mitglied der amerikanischen orthopädischen Gesellschaft und 1913 war er der Vorsitzende der Sektion für Kinesiotherapie des IV. internationalen Physio-Therapeuten-Kongresses in Berlin. Im Jahre 1912 erhielt er Sitz und Stimme für die Angelegenheiten des von ihm vertretenen Spezialfaches in der medizinischen Fakultät.

Zahlreich sind seine wissenschaftlichen Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der Orthopädie gewesen.

Eyperimentelle Untersuchungen befassten sich mit den physiologischen Wirkungen orthopädischer Behandlungsmethoden, insbesondere der Suspension am Kopf, auf den Kreislauf und speziell den Blutdruck. Die Lehre von Julius Wolff über die



Anpassung der Knochenform an die Funktion übertrug er mit Erfolg auf den Aufbau der Muskeln. Als das Röntgenverfahren aufkam, verwertete er es alsbald für die genaue Untersuchung angeborener Missbildungen, die ihm in der poliklinischen Tätigkeit überaus reichlich zugingen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen veröffentlichte er in 2 grossen Abhandlungen:

»Die angeborenen Verbildungen der oberen und der unteren Extremitäten.«

Auch für die Therapie der angeborenen Hüftverrenkung hat er wertvolle Beiträge geliefert. Er hat mit Erfolg versucht, die Gipsverband-Periode nach der unblutigen Einrenkung zeitlich zu beschränken.

Ueber die Ausbildung von Pfanne und Kopf nach der Reposition hat er durch jahrelange Beobachtung seiner Patienten interessante Erfahrungen sammeln und publizieren können.

Neben der grossen poliklinischen und privaten praktischen Tätigkeit und neben den Publikationen der hieraus resultierenden wissenschaftlichen Niederschläge fand der unermüdlich Tätige noch Zeit, für die Virchow-Hirschschen Jahresberichte der Medizin den Abschnitt

»Erkrankungen der Bewegungsorgane« zu bearbeiten. Und in dem grossen »Handbuch der Orthopädischen Chirurgie«, welches er im Verlag von Fischer-Jena erscheinen liess, hat er persönlich die Abschnitte »Schiefhals« und »Fussdeformitäten« geschrieben.

Endlich redigierte er seit Hoffas Tod die Zeitschrift für orthopädische Chirurgie.

In der Tat, man muss bewundernd staunen ob der Unsumme von Arbeit, welche der Dahingegangene in der Stille, unbeirrt durch alle Ablenkungen des Grosstadtlebens, jahraus, jahrein zu bewältigen vermocht hat. Nur ein Mann, der seinem Fach mit Begeisterung angehörte und in der Erfüllung seiner praktischen wie wissenschaftlichen Berufspflichten, welche die von ihm vertretene Stellung erheischte, sein ganzes Glück fand, konnte so ausserordentlich viel vollbringen.

Unvollständig wäre das Bild unseres lieben Kollegen gezeichnet, wenn wir nicht auch des Menscheu gedächten.

Seine überaus grosse Bescheidenheit und Einfachheit im Auftreten, seine neidlose Anerkennung der Leistungen anderer, seine vornehme kollegiale Gesinnung, sein liebenswürdiges Wesen waren Eigenschaften, die ihn jedermann zum Freunde machten, der mit ihm in nähere Berührung kam. Die reizend gemütlichen Abende nach den anstrengenden Sitzungen des Orthopäden-Kongresses, an welchen er gemeinsam mit der Gattin alljährlich sein gastliches schönes Heim



einer grossen Schar von Fachgenossen und Freunden öffnete, werden uns allen in treuer Erinnerung bleiben.

Auf der Höhe seines Schaffens hat ihn ein tückisches Schicksal jäh von uns gerissen, dankbaren Herzens legen wir den Lorbeer der Anerkennung, der wissenschaftlichen wie persönlichen Hochschätzung an dem frischen Grabe eines der Besten unter uns nieder.

Oscar Vulpius.

(Aus der Prof. Dr. Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Klinik in Heidelberg.)

Beitrag zum Kapitel „Hysterische Kontrakturen"

von

Dr. med. ADOLF LEHMANN,
Oberarzt der Klinik.

Wenn wir unter einer Kontraktur die durch extraartikuläre Weichteilzusammenziehung bedingte, verminderte oder aufgehobene Bewegungsfähigkeit eines Gelenks verstehen, so sprechen wir von einer hysterischen Kontraktur dann, wenn als Ursache für diese Zusammenziehung mangels jeder sonstigen Erklärung die Hysterie herangezogen werden muss. Die Diagnose dieser Kontrakturen ist nicht immer ganz leicht, zumal in Fällen, wo sie das einzige augenfällige Symptom der bestehenden Hysterie überhaupt bilden, und auch erfahrene Untersucher haben sich zuweilen zu operativen Eingriffen (z. B. bei irrtümlich angenommener Coxitis) verleiten lassen, da ihnen das Krankheitsbild zu fern lag und bei der Untersuchung überhaupt keine Berücksichtigung fand. Von diesem Gesichtspunkte aus dürften zwei Fälle, die wir in den letzten Wochen Gelegenheit hatten zu beobachten, immerhin von einigem Interesse sein.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 12½ jährigen Jungen, der vor 4 Jahren eine schwere Lungen- und Rippenfellentzündung durchmachte. Angeblich im Anschluss daran stellte sich am rechten Bein eine Beugestellung im Hüft- und Kniegelenk ein, und 1 Jahr später wurde das linke Bein in gleicher Weise befallen. Die bisherige, anderweitig durchgeführte Behandlung (Elektrisieren, Apparate, Gipsverbände) war erfolglos, speziell stellte sich die Kontrakturstellung der Beine nach Abnahme der Gipsverbände stets sofort wieder ein. Der sonst gesunde Junge liegt im Bett mit vollständig an den Leib gezogenen maximal in Hüft- und Kniegelenk gebeugten Beinen und kann eine aktive Streckung angeblich nicht im geringsten ausführen. Abduktion und Rotation im Hüftgelenk waren frei. Bei einem passiven Streckungsversuch wehrt er heftig ab, angeblich infolge von Schmerzen. Auf energisches Zureden und unter gleichzeitiger Ablenkung der Aufmerksamkeit gelingt aber durch gleichmässigen, sich steigernden Zug und Druck die völlige, anscheinend schmerzlose Streckung der Beine, die jedoch beim Loslassen sehr rasch wieder in die ursprüngliche



Stellung zurückkehren, sozusagen zurückfedern. Die Muskulatur war nicht im geringsten atrophisch, die Reflexe anscheinend normal. Fuss und Fussgelenk zeigten völlig freie aktive und passive Beweglichkeit. Obere Extremitäten völlig frei. Auch sonstige hysterische Stigmata wurden nicht nachgewiesen. Keine Sensibilitätsstörungen. Das Wesen des Jungen machte im ganzen einen verschlossenen Eindruck. Die mangels jeder sonstigen Erklärung vermutete Aetiologie des Leidens veranlasste uns, den Jungen am nächsten Morgen in den Operationssaal kommen zu lassen, wo unter eindrucksvollen Vorbereitungen und unter Zuhilfenahme einer möglichst grossen Spritze zwei Glutaeal-Injektionen markiert wurden. Daraufhin wurde dem, in keiner Weise irgendwelche Aufregung verratenden Jungen erklärt, dass die Beine, wenn sie nunmehr nicht in 2 Tagen völlig gerade und beweglich seien, durch Holzbeine ersetzt werden müssten, da sie so völlig unbrauchbar zum Gehen seien. Der Heilungsverlauf war ein durchaus prompter. Bereits am Abend streckte der Junge die Beine aktiv ungefähr zur Hälfte, beiderseits völlig symmetrisch. Passiv gelang die Streckung ohne irgendwelche Gegenwehr durch leichten Zug und Druck völlig. Im Laufe des 2. Tages erfolgte die Streckung aktiv völlig, wenn auch langsam. Passiv konnte man alle Bewegungen in beliebter Form ausführen. Am 3. Tag war Patient ausser Bett und zeigte bald darauf einen völlig normalen Gang. Er wurde nach 14tägigem Klinikaufenthalt mit einem Gehvermögen entlassen, das irgendwelche Anomalien nicht mehr zeigte.

Der zweite Fall betraf ein 9jähriges, kräftiges Mädchen, das angeblich vor ca. 1½ Jahren von einem gleichalterigen Jungen auf die Aussenseite des rechten Fusses getreten wurde. Seitdem ist das Kind angeblich gezwungen, infolge von Schmerzen in der rechten äusseren Fussgelenksgegend beim Gehen zu hinken. Bisherige Behandlung erfolglos. Vor 4 Wochen „übertrat“ sich Patientin den Fuss und will seitdem eine Verschlimmerung verspüren. Die Mutter des Kindes leidet seit Jahren „an den Nerven“, sie selber will seit 2 Jahren öfters Zucken in den Händen verspüren, worunter sie anscheinend anfallartiges, krampfartiges Zittern versteht. Zur Beobachtung kam das Leiden in der Klinik nicht. Das psychische Verhalten des Kindes bot keine Besonderheiten, speziell fehlten irgendwelche sonstige hysterische Stigmata. Die Reflexerregbarkeit war im ganzen gesteigert, besonders deutliche Steigerung zeigten Bauchdecken- und Patellarereflexe. Sensibilität ungestört. Innere Organe gesund. Das betroffene rechte Bein zeigt nicht die geringste Atrophie. Beim Betasten der vorderen und seitlichen Fussgelenksgegend besteht angeblich Schmerzhaftigkeit, die beim Gehen zunimmt. Der Gang ist stark hinkend. Der Fuss wird in ausgeprägter Klumpfusstellung und Innenrotation aufgesetzt, ohne dass man den Eindruck einer besonderen Schonung beim Auftreten, also eines Schmerzhinkens, hätte. Eine Gehschwiele am äusseren Fussrand besteht nicht. Die Klumpfusstellung verringert sich etwas in nicht belastetem Zustand; einer passiven Ueberführung des Fusses in Abduktion und im Sinne des Knick-Plattfusses wird nur ein geringer Widerstand entgegengesetzt, auch die aktive Ueberführung in diese Stellung gelingt, wenn auch langsam und zögernd, so doch vollständig. Schmerzen werden bei all diesen Bewegungen nicht angegeben. Zehenhaltung leicht flektiert. Die gesamte Muskulatur des Beines zeigt im übrigen völlige funktionelle und elektrische Intaktheit, desgleichen ist das Röntgenbild ohne Besonderheiten.

Auf Grund dieses Befundes, der alle objektiven Anhaltspunkte für diese

immerhin beträchtliche Funktionsstörung vermissen liess, wurde auch hier der Verdacht auf Hysterie rege und die Behandlung sofort entsprechend zugeschnitten. Neben einer energischen psychischen Aufmunterung kamen im Wesentlichen der Leducsche Strom, Massage, aktive Bewegungsübungen und nachts Priessnitz zur Anwendung. Bettruhe wurde nicht eingehalten. Bereits am 3. Tage wurde deutliche Besserung zugegeben, die Schmerzen waren geringer, der Gang infolge der verbesserten Fusshaltung weniger hinkend. Am 8. Tage bestanden keine Schmerzen mehr, das Hinken war so gut wie verschwunden. Nach dreiwöchentlicher Behandlung konnte Patientin mit normalem Gehvermögen geheilt entlassen werden.

Wie schon einleitend bemerkt, machen die beiden mitgeteilten Fälle nicht den Anspruch auf Besonderheiten, da sie bei exakter Untersuchung und Beherrschung der Diagnostik kaum mit einem anderen Leiden hätten verwechselt werden können, doch mögen sie immerhin Veranlassung geben, in Kürze einmal die differentialdiagnostisch wichtigsten Symptome der hysterischen Kontrakturen zusammenzustellen. Da ist zunächst die Art der Kontraktur in der Lage, uns einen, wenn auch nicht exakten, so doch brauchbaren Hinweis auf die Aetiologie der Erkrankung zu geben, da die Hysterie bestimmte Muskelgruppen in typischer Form zu befallen und somit bestimmte Haltungsanomalien bez. Erkrankungen vorzutäuschen pflegt. Hier interessiert uns nur die untere Extremität, deren häufigste hysterische Haltung die völlige Streckkontraktur ist, wobei Hüft- und Kniegelenk völlig ausgestreckt, der Fuss selbst stark plantarflektiert gehalten wird.

Unser erster Fall zeigt, dass auch Flexionskontrakturen vorkommen; auch Streckkontrakturen in dem einen, Beugekontrakturen in dem anderen Bein wurden beobachtet. Schon mehr entspricht die Fussstellung des 2. Falles dem typischen Krankheitsbild. Eine wichtige hysterische Beinhaltung ist auch die der echten Coxitis. Das Kniegelenk pflegt häufiger als das Hüftgelenk befallen zu werden. Einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt zur Sicherung der Diagnose haben wir in der Schmerzhaftigkeit, bezw. Druckempfindlichkeit; sie pflegt z. B. bei Gelenkkontrakturen charakteristischer Weise meist weit über die Grenzen des Gelenks hinaus verlegt zu werden, und vorwiegend in die Weichteile, weniger oder garnicht in das Gelenk selbst, bezw. die Knochen, so dass z. B. ein vorbereitetes, oberflächliches, blosses Anfassen grössere Schmerzen auszulösen pflegt wie ein unvermutetes, kräftiges Hineinstossen, z. B. des Kopfes in die Pfanne. Gelingt es, die Aufmerksamkeit des Patienten genügend abzulenken, so verschwinden auch die Schmerzen, unter Umständen sogar die Spannung, welch letztere sich sonst bei allen Ueber-



windungsversuchen charakteristischer Weise zu steigern pflegt. Das Gehvermögen des Kranken pflegt entweder ganz aufgehoben zu sein oder er übertreibt z. B. das Hinken in einer Form, die dem sonstigen objektiven Krankheitsbefund nicht entspricht. Auch das Fehlen jeder Muskelatrophie muss uns Verdacht erregen. Wenn auch die Haut in der Umgebung der befallenen Gelenke meist nichts auffälliges zu zeigen pflegt, so sind doch Rötung und Schwellung in geringem Masse beobachtet worden. Die Temperaturbestimmung wird hier Anhaltspunkte geben. Auch auf sonstige hysterische Stigmata, Sensibilitätsstörungen, Anamnese etc. haben wir unser Augenmerk zu richten. Auch die Hypnose, bezw. Chloroformnarkose können in schwierigen Fällen nötig werden, wobei man sich jedoch vergegenwärtigen muss, dass auch bei lange bestehenden hysterischen Kontrakturen sekundäre Gelenk- bez. Weichteilveränderungen (z. B. nutritive Muskelschrumpfung etc.) vorkommen können, die natürlich auch in der Narkose bestehen bleiben. Die hysterische Kontraktur pflegt im Schlafe zu schwinden, doch sind derartige Feststellungen meist sehr umständlich, wenn nicht unmöglich. Schliesslich ist der Erfolg der Behandlung hauptsächlich physischer Art oder auch das Versagen sonst wirksamer Massnahmen oft beweisend für die eigentliche Natur der Erkrankung.

Die vorstehenden Zeilen haben ihren Zweck erfüllt, wenn der eine oder andere Leser sich ihrer gelegentlich einmal bei diagnostischen Schwierigkeiten erinnert, da das etwas abseits von der Heerstrasse liegende Krankheitsbild erfahrungsgemäss, wenigstens anfangs, häufig verkannt wird.

Eine Operation bei Hüftkontrakturen nach Poliomyelitis

von

ROBERT SOUTTER, M. D., A. C. S.

Ass't Surgeon Childrens Hospital, Boston.
Instructor Orthopedic Surgery, Harvard University.

(Mit 5 Abbildungen im Text.)

Bei poliomyelitischer Lähmung halten die üblichen Kontrakturen der Weichteile in der Hüftgegend den Oberschenkel in Beugung und Abduktion und bedingen eine mehr oder weniger ausgedehnte Schrumpfung der Weichteile an der Aussen- und Vorderseite des Hüftgelenks. Die Deformität kann sehr gering, aber auch extrem sein. Sie ist gewöhnlich begleitet von einer lumbalen Lordose,



welche im Hinblick auf die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule hier völlige Korrektur schwieriger macht.

Weichteilkontrakturen der Hüfte, welche auf Verkürzung oder Wachstumshemmung der Gewebe nach Lähmung oder Verletzung beruhen, sind manchmal durch Bewegung und Streckung leicht zu korrigieren. Bestehen sie aber lange Zeit, so weichen sie auch nicht der Durchtrennung der Sehnen und des Tensor fasciae, es werden Muskeldurchschneidungen nötig. Die schweren Kontrakturen, welche die Myotomie erfordern, machen einige chirurgische Erfahrungen nötig wegen des Gefässreichtums und wegen der Menge von Muskelgewebe, welche durchschnitten werden muss, ehe die Hüfte nachgibt.

Oft müssen so viele vordere Muskeln durchschnitten werden, dass schliesslich der Chirurg bis zum Hüftgelenk vordringt. Es bestehen hier recht viele Schwierigkeiten, und manchmal tritt starke Blutung ein, die Operation erscheint recht wenig zufriedenstellend und wird oft ungenügend ausgeführt. Im Hinblick auf diese schwierigen Fälle und auch für manche leichtere ist folgende Operation empfehlenswert:

1. Ein 3 Zoll langer Längsschnitt zieht parallel der Längsachse des Körpers. Seine Mitte liegt 2 Zoll hinter der Spina anterior superior. (Fig. 1.) Der Schnitt dringt bis auf die Faszie, die unter Zurückziehen der Weichteile von der Spina anterior superior rückwärts bis zum Trochanter frei gelegt wird. (Fig. 2.)

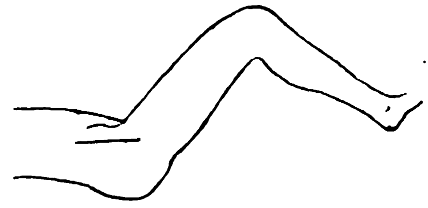


Fig. 1.
Längsschnitt 2—3 Zoll hinter der Spina anterior superior.

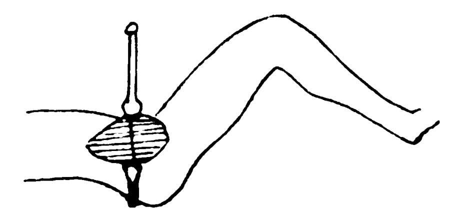


Fig. 2.
Bindegewebe zur Seite gezogen, Faszia lata frei gelegt. Die Linie zwischen beiden Wundhacken bezeichnet die quere Durchtrennung der Faszie.

2. Rechtwinklig zu dem Hautschnitt wird die Faszie durchtrennt und zwar zwischen den beiden genannten Knochenpunkten.

3. Die Hautwundränder werden so stark zurückgezogen, dass die Spina anterior superior frei liegt. (Fig. 3.) Mit Hilfe eines Osteotoms werden die Sehnen und die Faszie, die sich hier ansetzen, subperiostal von der Spina abgelöst und nach unten gedrängt. (Fig. 4.)

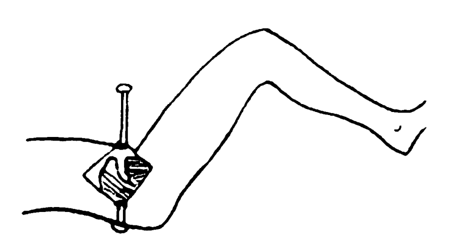


Fig. 3.
Freilegung der Spina anterior superior, die Anheftestelle der Muskel und Faszie ist subperiostal mit dem Osteotom abgetragen.

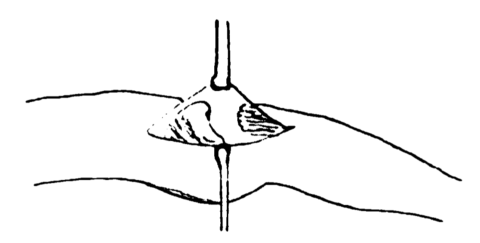


Fig. 4.
Die Gewebe, die früher an der Spina anterior superior befestigt waren, sind abwärts gezogen.

Die Hüfte wird nunmehr hyperextendiert. Ist die Spannung der Weichteile hierbei zu gross, so werden letztere scharf oder stumpf nach unten geschoben, so dass die Gegend der Spina anterior superior nackt zu Tage tritt.

Auf die Operation folgt ein Gipsverband, der das ganze Bein umfasst. (Fig. 5.) Kontrakturen an Knie- und Sprunggelenk werden zweckmässig vorher korrigiert.

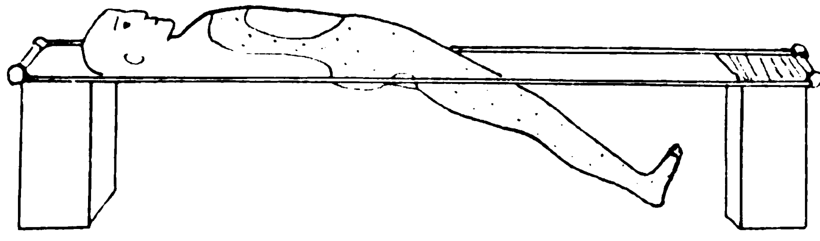


Fig. 5.
Gipsverband vorn von der Brustwarze abwärts, hinten von der Taille abwärts. Grosses Fenster über dem Abdomen. Bradfordrahmen auf Kisten behufs Hyperextension der Hüfte.

Das Hüftgelenk wird überstreckt, um die lumbale Lordose zu beseitigen, die gewöhnlich in solchen Fällen vorliegt. Auch wählt man leichte Adduktion, . um die Abduktionskontraktur zu korrigieren. Der Gipsverband reicht vorn von der Brustwarze und hinten von der Taille bis zu den Zehen des Fusses der operierten Seite. Ueber dem Bauch wird zweckmässig ein Fenster ausgeschnitten. Der Patient wird bei der Verbandanlegung auf einem Bradfordrahmen hochgelagert, um die Senkung der Beine unter das Niveau der Hüften und Schultern zu gestatten.

Die Vorteile dieser Methode sind die folgenden:

Die Operation ist so gut wie blutlos, sie verlangt nicht viel chirurgische Uebung und erlaubt definitive Beseitigung der Kontraktur. Die Muskeln werden nicht quer durchschnitten, ihre periostale Insertion wird einfach 1—1½ Zoll nach unten verlagert, die Spina ant. sup. gewissermassen abwärts verschoben wird.





1) **Lubinus.** Die Heilgymnasten in Schweden und in Deutschland. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 24, 1913.)

Schweden ist bekanntlich auf dem Gebiete der orthopädischen und allgemeinen Heilgymnastik Deutschland weit voraus. Ein Jahrhundert bevor man bei uns an eine aktive Uebungstherapie dachte, hatte man dort schon die Heilgymnastik, und man bildete die Heilgymnasten beiderlei Geschlechts im Stockholmer Zentralinstitut aus. Dieses Institut soll vom Staat aus neu organisiert werden, weshalb sich im April 1910 auf königliche Kabinettsordre hin ein Komitee von Fachmännern bildete, um Vorschläge zu machen und neue Satzungen auszuarbeiten. Die Aerzte sind nach der Auffassung dieses Komitees besser in Heilgymnastik zu unterweisen als bisher; da aber unmöglich alle erforderliche Heilgymnastik von den in der Zahl beschränkten und als Arbeitskraft zu teueren Aerzten ausgeführt werden kann, so müssen die Heilgymnasten herangezogen werden. Wie bisher, soll als Vorbedingung für die Aufnahme in den 2jährigen Lehrkurs der heilgymnastischen Hochschule bei Männern das Abiturium und bei Frauen das Abgangsexamen einer höheren Mädchenschule gefordert werden.

Haglund fordert, dass die Ausbildung von mechanotherapeutischen Assistenten und die von Lehrern und Lehrerinnen in physischer Erziehung getrennt werde, und jede quasimedizinische Bildung aus dem Ausbildungsunterricht der mechanotherapeutischen Assistenten weggelassen werde (die schwedischen Kollegen klagen, wie sich Ref. selbst dort überzeugen konnte, häufig über Kurpfuschereien der Heilgymnastinnen und der Heilgymnasten, die diese, im Vertrauen auf ihr medizinisches Halb- und Viertelwissen oft unternehmen).

Seit 10 Jahren bildete Verf. unter der Aufsicht der Fakultät und der Regierung in Kiel Heilgymnastinnen genau nach schwedischem Muster aus und berichtet über beste Erfolge. Die Heilgymnastin muss und soll aber unter der Leitung eines Fachmannes arbeiten, nie selbständig als Kurpfuscherin — das kommt wohl um so seltner vor, je besser die Ausbildung und je schärfer somit die Selbstkritik der betreffenden ist! — aber auch nicht nach den Anweisungen eines nicht fachkundigen Arztes, der (auch nach Ref. Erfahrung) von der Heilgymnastik meist weniger versteht als die gut ausgebildete Gymnastin. Klar, München.

2) **Champtassin et Castaing.** Gymnastique: étiquettes et méthodes. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 33, 54, 62, pp. 517, 870, 1016.)



Vv. beschäftigen sich mit der Definition des Ausdrucks „Gymnastik“, erwähnen kurz die bekannten Methoden, denen allen das Ziel gemeinsam ist, durch Art, Quantität und Qualität einer bestimmten Körperarbeit vorausgesehene gewünschte kinetische und somatische Erfolge zu erzielen und die Resultate eine Zeitlang zu erhalten. Es werden reichlich Vergleiche aus dem Tierreich (Training) herbeigezogen und wissenschaftlich die Verteilung der verschiedenen Gewebsarten unter dem Einfluss der Gymnastik in Bezug auf den Kalorienwert in Betracht gezogen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Schmerz, Hermann.** Improvisierte Heissluftapparate. (M. m. W., Nr. 39, 1913.)

Aus breiten Gipsbinden, Gipsbrei, Zaundrahtgeflecht, einem Stück Pappe, einem Stück Eisenblechrohr oder weichem Eisenblech, einem Stück Flanell oder ähnlichem Stoff, etwas weichem Draht und ein oder zwei grösseren Korken stellt Verf. in 1 bis 2 Stunden mit Zange, Drahtzange und Blechschere Heissluftapparate jeder gewünschten Grösse her, deren Kosten $^1/_{15}$ bis $^1/_{20}$ des Preises der gekauften Apparate betragen. Sch. gibt eine ausführliche Beschreibung der Herstellung. Klar, München.

4) **Straub.** Ueber die Gefährlichkeit der Kombination von Morphin mit allgemeiner Narkose und mit Schlafmitteln. (M. m. W., Nr. 38, 1913.)

Ein Fall, bei dem ein Kind durch Lähmung des Atemzentrums in Morphium-Chloroformnarkose starb, gab dem Verfasser Veranlassung zu seinen Untersuchungen, die ergaben, dass eine an sich vorhandene Nebenwirkung des Morphins durch Allgemeinnarkose zur tödlichen werden kann. Man soll daher, wenn der Pat. unter Morphiumwirkung sich befindet, zur Narkose lieber Aether nehmen als Chloroform, und bei morphiumempfindlichen Leuten, wie z. B. Kindern, soll man das Zusammentreffen des Morphins mit einem anderen Narkotikum überhaupt vermeiden.

Klar, München.

5) **Jüngling.** Bedingt die Methode der Hautdesinfektion mit Jodtinktur eine Gefahr der Jodintoxikation für den operierenden Arzt? (M. m. W., Nr. 32, 1913.)

J. stellte genaue Untersuchungen der im Operationssaale nach Joddesinfektionen vorhandenen Luft an und fand, dass direkt über dem Operationsfeld die meisten Joddämpfe in der Luft sind, und dass der Operateur und der Assistent während eines 5stündigen Operationsvormittags je $^1/_2$ mg. Jod einatmen. Ferner stellte er



durch Blutuntersuchungen fest, dass die Angabe, dass die Joddämpfe Lymphocytose hervorrufen, nicht richtig ist; J. untersuchte solche Leute, die viel mit Jod zu tun haben, wie z. B. den Operationswärter und die Operationsschwester, und solche, die gar nicht mit Jod in Berührung kommen, und fand, dass die Jodeinatmung den Lymphozytengehalt des Blutes absolut nicht beeinflusst. Das Joddesinfektionsverfahren wirkt also in keiner Weise auf das Blutbild der damit Arbeitenden ein, und die Einatmung von 1/2 mg. Jod täglich ist als indifferent zu bezeichnen. Es ist also absolut nicht notwendig, den Jodanstrich durch Dermagummit oder andere Präparate zu fixieren. Klar, München.

6) **Brüning, August.** Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 31, 1913.)

B. empfiehlt, vor der Berührung eitrigen Materials die Haut der Hände mit einem etwa haselnusskerngrossen Quantum Borvaselin einzureiben, damit die Keime nicht in die Haut eindringen. Versuche haben ihm ergeben, dass die Bakterien in dem Vaselin bleiben und mit der nach der Operation vorgenommenen Heisswasserwaschung vollzählig entfernt werden. Klar, München.

7) **Kutscher.** Ueber die Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste nach Liermann. (Berl. k. W., Nr. 14, 1913.)

Verf. kann die von anderen Autoren, wie z. B. Küster und Geisse, berichteten günstigen Ergebnisse der Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste (Akt.-Ges. f. Anilinfabrikation Berlin) nicht bestätigen; er fand nach der Anwendung der Boluspräparate in der Haut der Hand und unter den Nägeln noch sehr grosse Mengen von Keimen. Klar, München.

8) **Schnaudigel.** Hornhautläsionen nach Narkosen. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1913.)

Verf. warnt die Narkotiseure eindringlich vor der direkten Berührung, besonders der zentralen Partien der Cornea, während der Narkose, da auf diese Weise Epithelläsionen vorkommen können, die zu einem ulcus corneae führen. Er beobachtete in letzter Zeit zwei derartige Fälle. Klar, München.

9) **Witteck.** Zur Behandlung granulierender Wunden. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1913.)

Verf. bestätigt auf Grund bereits zweijähriger Erfahrungen die guten Erfolge, die Bergeat (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913, ref. in diesem Zentralbl.) über die Behandlung granulierender Wunden mit der Heissluftdusche berichtete. Unter anderen erzielte er bei einem 16 jährigen Arbeiter, dem der rechte Oberarm voll-



ständig abgeschält worden war, nach vielen vorhergegangenen Transplantationen nach Thiersch und nach Krause, die alle misslungen waren, mit der Heissluftdusche den Erfolg, dass nach 2 Monaten schon die Granulationsfläche nur noch an einer 7 cm im Quadrat messenden Stelle am unteren Drittel der Streckseite bestand, alles andere war gut überhäutet. Dieser kleine Defekt wurde durch einen gestielten Lappen aus der seitlichen Rumpfhaut gedeckt. Den Heilungsvorgang erklärt sich Verf. so, dass nicht die heisse Luft allein den Erfolg verursacht — denn Heissluftbehandlung im Kasten war bei dem erwähnten Fall ergebnislos geblieben —, sondern dass auch der massierende Aufprall des Heissluftstroms mitwirkt, indem er die Gefässversorgung der behandelten Granulationsfläche erheblich bessert. **Klar, München.**

10) **Schwarz, E.** Der Wachstumsreiz der Röntgenstrahlen auf pflanzliches und tierisches Gewebe. **(M. m. W., Nr. 39, 1913.)**

Verf. stellte durch mannigfache Versuche fest, dass die Röntgenstrahlen in sehr geringer Dosis angewandt, einen wachstumsfördernden Einfluss ausüben, wenn der Reiz die Samenzelle selbst trifft. Er benutzte zu seinen Versuchen die Samen der grünen Bohne und die Eier von Ascaris megalocephala; bei der Bestrahlung der Eier fand er als Optimum 5 Minuten, Härtegrad 5 Wehnelt, Belastung 1 DMa., Röhrenabstand 30 cm; die so im hängenden Tropfen bestrahlten Präparate zeigten bereits fertigentwickelte, lange, schmale, sehr lebhaft bewegliche Würmchen zu einer Zeit, wo die übrigen, länger oder kürzer oder gar nicht bestrahlten Präparate noch keine so weitgehende Entwicklung aufwiesen. Bei 20 Patienten mit granulierenden Wunden, bei denen er die Granulationen zur Hälfte bestrahlte, mit 5 Wehnelt, 2 DMa., 5 Min., 30 cm Fokusabstand, alle 3—5 Tage, beobachtete er eine deutlich nachweisbare Beschleunigung der Ueberhäutung im Bereich der bestrahlten Zone. Bei einem Knaben, der seit Monaten ein markstückgrosses Geschwür mit glattem glasigem Grund in der Narbe eines resezierten Kniegelenks hatte, erreichte er mit schwachen Bestrahlungen in 14 Sitzungen die Heilung des torpiden Geschwürs.

An den Ohren von Kaninchen setzte er mit dem Messer oder dem Thermokauter Hautdefekte und bestrahlte jeweils das eine Ohr unter denselben Bedingungen, wie er die Granulationen behandelt hatte; es ergab sich, dass nach 14—16 Tagen die bestrahlten Wundflächen völlig vernarbt waren, während die nicht behandelten noch in weiter Ausdehnung offen waren. **Klar, München.**



11) **Busse,** Dipl.-Ing. Die „künstliche Höhensonne.“ (D. m. W., Nr. 42, 1913.)

Beschreibung der künstlichen Höhensonne, wie sie von Hagemann zu seinen Versuchen benutzt wurde: Kombination der Quarzlampe mit Kohlenfadenglühlampen. Der Stromverbrauch ist im Vergleich mit anderen Lichtbädern sehr gering, ½ Kilowatt.

Klar, München.

12) **Magnus.** Konservierung von Dauerpräparaten in konzentrierter Zuckerlösung. (Berl. kl. W., Nr. 14, 1913.)

Nach Fixation während 6—12 Stunden in 10%iger Formalinlösung kommen die Präparate für 6—24 Stunden in 50%igen Alkohol und dann in die konzentrierte (über 50%ige) Rübenzuckerlösung. Man muss eine gute Qualität Zucker nehmen und hat den geblauten Zucker zu vermeiden. Guter Rübenzucker gibt eine klare, durchsichtige Lösung, während die geblauten minderwertigen Sorten eine trübe, schmutziggraue Lösung ergeben; das Filtrat der ersteren ist farblos, das der letzteren ziemlich intensiv gelb und hinterlässt auf dem Filter den blauschwarzen Farbstoff. Das Verfahren der Konservierung von Dauerpräparaten in konzentrierter Zuckerlösung ist bequem und billig und erzielt sehr schöne Präparate mit Erhaltung der natürlichen Farben.

Klar, München.

13) **Bankart.** The treatment of acute poliomyelitis (infantile paralysis.) (The Brit. méd. Journ., 27. IX. 13, p. 809.)

Verf. ist gegen jede aktive Therapie in jedem Stadium der Poliomyelitis, keine Massage, keine Elektrizität, keine abnehmbaren Schienen. Für ihn gibt es in der Behandlung nichts anderes als: Fixation der geschädigten Muskeln in entspanntem Zustand für sehr lange Zeit in festem, nicht zu wechselndem Gipsverband.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Benon.** Les névroses traumatiques. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 98 et 101, pp. 1535 et 1591.)

Verf. beschäftigt sich mit den verschiedenen Formen traumatischer Neurosen (traumatische Asthenie, Hyperthymie, Hypochondrie) nach Aetiologie, klinischen Symptomen, eigenen Beobachtungen und Literatur, ohne etwas Neues oder Wesentliches für die Unfallkunde aus diesen Betrachtungen abzuleiten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Rispal et Pujol.** Sur un cas d'ataxie aigue avec guérison rapide. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 56, p. 901.)

Eine junge, bis dahin gesunde Frau von nervösem Temperament, wird plötzlich von einer unbestimmten Infektion befallen.



Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, darauf Ataxie aller vier Extremitäten, Sprachstörungen, Intentionszittern. Intelligenz und Sphinkteren intakt. Nach 10 Tagen rapide Heilung, so dass an einer vollständigen Wiederherstellung nicht zu zweifeln ist. Die Ataxie hatte den Typus einer zerebellaren. Von einigen Autoren würde diese Erkrankung vielleicht als akuter Anfang einer disseminierten Sklerose angesehen werden, die Störungen hier sind aber mehr kongestiver als degenerativer Natur und zu flüchtig, als dass man eine ernste Prognose stellen müsste.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Goodhue.** The surgical cure of leprosy, based on a new theory of infection. (The New York med. Journ., Vol. XCVIII Nr. 6, p. 266.)

Chirurgische Entfernung des primären Herdes kann die Lepra, wenigstens für Jahre hinaus, zum Stillstand bringen. Das Nastin von Deycke ergab verschiedene Resultate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Léri** und **Leronge.** Les atrophies musculaires progressives syphilitiques. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 55, p. 885.)

Vv. beschreiben 6 eigene Beobachtungen und lenken die Aufmerksamkeit darauf, dass diese der Aran-Duchenneschen Amyotrophie ähnliche Erkrankung (fortschreitender Prozess an den oberen Extremitäten, fibrilläre Kontraktionen, Degenerationszeichen, keine Sensibilitäts- und Sphincterstörungen) oft trotz negativer Anamnese durch Vorhandensein des Argyll-Robertsonschen Symptoms, der Wassermannschen Reaktion, einer Lymphozytose der Cerebrospinalflüssigkeit, ziehender Schmerzen in den atrophierenden Gliedern den Verdacht der Lues als Aetiologie aufkommen lässt und erfolgreich spezifisch behandelt werden kann. Die symptomatische Therapie des Muskelsystems (Massage, Elektrizität) soll daneben geübt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Rauschenberger.** Ein Fall von gonorrhoischer Tendovaginitis. (M. m. W., Nr. 33, 1913.)

Bericht über einen Fall von gonorrhoischer Tendovaginitis bei einem 23 jährigen Dienstmädchen, bei dem sich sonst keine Gonokokken fanden; die Erkrankung trat in den Sehnenscheiden der linken mm. peronaei auf und täuschte bis zur Operation eine Erkrankung des Sprunggelenks vor. Nach Eröffnung Heilung in 29 Tagen unter Hyperaemiebehandlung. Klar, München.

19) **Rollier, A.** (Leysin). Ueber die Sonnenbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Mit 43 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII. S. 327—37.)



Der Artikel eines der „Altmeister“ auf dem Gebiet der Sonnenbehandlung rechtfertigt ein ausführliches Referat, zumal er eine Menge Details bringt, die jedem, der sich mit der Lichtbehandlung der Tbc. beschäftigt, Nutzen und Anregung bringen. Die beigegebenen Abbildungen sind durchweg sehr instruktiv, teilweise wirken sie direkt verblüffend.

Die „chirurgische“ Tuberkulose ist keine lokale, sondern eine Allgemeinerkrankung. Deswegen ist eine Allgemeinbehandlung das unbedingte Erfordernis. Dem wird am besten durch Sonnenbehandlung Rechnung getragen. Die Sonne kann aber nur bei völligem Freibleiben der Haut ihre ganze Wirkung entfalten. Deshalb kein Gipsverband, der so viele Nachteile hat.

Vorbedingung zur Sonnenbehandlung ist systematisches Gewöhnen an die freie Hochgebirgsluft — Luftkurort —. In den ersten Tagen keine Besonnung. Während dieser Zeit genaue Beobachtung inbezug auf Atmung, Blut, Urin etc.

Stets wird mit Bestrahlung der Füsse begonnen. Durch diese „Ableitung“ wird üblen Zufällen, wie Kongestionen, Kopfschmerzen, Schwindel und zu starken lokalen Herdreaktionen vorgebeugt. Nach den Füssen kommen die Unterschenkel an die Reihe, dann die Gegend bis zur Leistenbeuge. Am 4. und 5. Tage der Besonnung Bauch und Brust (eventuell feuchte Kompressen auf die Herzgegend!). Am 6. und 7. ev. Hals und Kopf. Bestrahlt wird am 1. Tag 3—4 mal 5 Minuten in Intervallen; am 2. Tag Füsse 10, Unterschenkel 5 Minuten usw. in arithmetischer Reihe, bis die Gesamtbesonnung in 6—8 Etappen erreicht ist: Schliesslich kommt man auf 4—8stündige Totalbesonnung.

Besondere Wichtigkeit legt R. der Pigmentierung bei. Sie ist für ihn „der Ausdruck und proportional der individuellen Widerstandsfähigkeit.“ Schnelligkeit und Grad des Auftretens erlauben einen sicheren Rückschluss auf die Prognose. Das Pigment macht die Haut besonders resistent; es begünstigt die Heilung und Vernarbung von Wunden und Fisteln.

Für die Behandlung der tuberkulösen Arthritiden (inklusive Spondylitis) gilt als Grundsatz „strikte und lang andauernde Ruhigstellung bei Entlastung vom Körpergewicht.“ Dem wird am ehesten durch Immobilisierung in Horizontallage entsprochen. Im Gegensatz zum Tiefland bekommt die Immobilisierung längster Dauer in der Hochgebirgsluft glänzend.

Bei Tbc. der Wirbelsäule wechselt R. mit Bauch- und Rückenlage.



Durch ein mit Schnallen schliessbares und durch Längsriemen am Kopf- und Fussende des Bettes befestigtes Tuchkorsett wird die Immobilisation bewirkt. Ueber beide Schultern laufen noch Bänder. Besonders wichtig ist die harte, flache Matratze. Darüber das Leintuch glatt gezogen und an den vier Ecken fixiert. Darauf kommen Sand- oder Spreukissen zum Stützen bezw. Heben der Wirbelsäule. Durch verschiedene Dicke derselben kann die gewünschte Korrektur bezw. Ueberkorrektur erzielt werden. Unter das Becken mit Oeffnung für Kreuz- und Steissbein.

Bei Spondylit. cervic. kombiniert R. auch mit Extension durch Glissonsche Schwebe.

Bei Coxitis kein G. V! Kissen unter das Becken: dadurch leichte Hyperextension der unteren Extremitäten. Kombinierung mit Extension nach Bardenheuer mittelst gepolsterter Fesseln über den Knöcheln. Adduktion wird durch seitlich wirkende, über dem Knie angreifende und über eine Rolle am Bett laufende Extension korrigiert. Resultate, abgesehen von Fällen mit Amyloiddegeneration glänzend: Resorption kalter Abszesse, Verschluss der Fisteln, Stellungskorrektur bei glänzender Muskulatur und idealer Hautbeschaffenheit. Nicht zuletzt: Wiederkehr der spontanen Beweglichkeit des Gelenks.

Bei Gonitis ebenfalls Kombination von Bestrahlung und Extension. Zur Entwickelung der Oberschenkelmuskulatur systematische Quadrizepskontraktionen. Die Subluxation wird behoben durch eine an die luxierte Partie adaptierte Schiene, die an einem Holz- oder Eisenbogen elastisch aufgehängt ist. Redressement forcé ist überflüssig.

Bei Fuss-Tbc.: Fuss und Unterschenkel bequem lagern, so dass der Fuss höher steht, als Knie und Becken. Rechtwinklig gebogene, nach vorn offene Schiene zur Vermeidung des Spitzfusses. Nach aufhören der Schmerzen vorsichtige und progressive Bewegungen im Gelenk. Erfolge: Meist Rückkehr der Beweglichkeit, ohne Ausnahme bei Tbc. des Talo-crural-Gelenks.

Bei Tbc. des Schultergelenks ist eine spezielle Immobilisation unnötig. Der hängende Arm wirkt als natürliche Extension.

Ellbogen- und Handgelenk-Tbc.: Abnehmbare Schienen aus Celluloid. Gelenkfunktion bleibt meist, bei Hand-Tbc. stets erhalten.

Tbc. des Sacro-iliacal-Gelenks: Solange geschlossen, ist die Prognose gut. Fistelbildung trübt sie bedeutend.

In allen Fistelfällen hat R. auf jede Injektion verzichtet (wie auch jede Tuberkulininjektion zur Allgemeinbehandlung!) Neben der Intoxikationsgefahr ist die Verstopfung des Abflusskanals zu



fürchten. Er vermeidet Okklusivverbände. Bei sehr reichlicher Sekretion legt er nachts Kompressen steriler Gaze auf, bei geringerer schützt er die Wunde durch ein schalenartiges, weites Drahtnetz.

Alle Wunden, Fisteln, selbst bei massenhafter Eiterentleerung heilen, wenn man erst bei 4—8 stündiger Bestrahlung angekommen ist. Nach jeder Sitzung erfolgt ein schmerzloses Ausscheiden von Eiter mit Krümeln, fungösen Gewebs- oder Sehnenfetzen, Sequestern u. s. w. Die Narbenbildung ist verhältnismässig gering.

R. kontolliert seine Erfolge ausser durch klinische Untersuchung mit der Röntgenplatte. Die klinische Heilung erfolgt in der Regel früher als die Platte anzeigt. Sie ist bewiesen durch verschwundene Atrophie, kräftigen Kalkgehalt. Wiederkehr der Struktur. Scharfe Begrenzung restierender Defekte. Reproduktive und resorptive Veränderungen sekundärer Art.

Die Röntgenkontrolle zeigt bei geschlossener Knochen- und Gelenk-Tbc. in der Regel gute Ausheilung. Synoviale Formen haben Aussicht auf Restitutio ad integrum. Auch bei sehr ausgedehnten Herden können noch gebrauchsfähige Nearthrosen entstehen.

Bei längerem Fehlen der Sonne wendet R. auch Roentgenbestrahlung an. Filtration durch 1—2½ mm dickes Aluminiumblech unter gleichzeitiger Kompression. 1—4 Dosen in Intervallen von 8—14 Tagen. Nach Erreichung der Erythemdosis wird 1 bis 2 Monate ausgesetzt. — Auch hier hat er gute Resultate.

R. behandelt auch tuberkulöse Halsdrüsen, Peritonitis, Ileocoecal- und Adnextuberkulose, Tbc. des Urogenital-Apparats und tuberkulöse Augenerkrankungen durch Sonnenbestrahlung und hat auch hier glänzende Resultate.

R. fordert auf, überall, auch in der Ebene den Versuch mit Sonnenbehandlung der Tbc. zu machen, und plädiert für entsprechende Bauten bei Schulen, Wohn- und Krankenhäusern.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

20) **Hagemann.** Ueber die Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit künstlichem Licht. (D. m. W., Nr. 30, 1913.)

Da wir leider nicht alle Patienten mit chirurgischer Tuberkulose nach Samaden oder Leysin schicken können, und da wir in Deutschland zu wenig andauernden Sonnenschein haben, um eine zweckmässige Heliotherapie durchführen zu können, müssen wir zu künstlichen Lichtquellen unsere Zuflucht nehmen. Als das wirksamste Prinzip der Höhensonne betrachtet man die violetten und ultravioletten, also die kurzwelligen, chemischen Strahlen; diese



werden geliefert von der elektrischen Bogenlampe, der Finsen-Lampe, der Quarzlampe, den Eisenelektroden- und den Quecksilberdampflampen. Mit der Bach-Nagelschmidtschen Quarzlampe machte Verf. therapeutische Bestrahlungen lokal bei 31 Patienten mit oberflächlichen Erkrankungen der Haut, tuberkulöser und nicht tuberkulöser Natur, und bei tuberkulösen Fisteln und Tuberkulose der Knochen und Gelenke, mit negativem Erfolg ausser bei einem einzigen Fall: Bei einem 65jährigen Mann mit Knie- und Sprunggelenktuberkulose heilten in gefensterten Gipsverbänden die Fisteln glatt nach 14 lokalen Bestrahlungen in 3 Monaten. Diese lokale Behandlung hatte also nicht die Erfolge, wie sie Bernhard mit lokalen Sonnenbelichtungen in Samaden erreicht. Umso bessere Heilerfolge hatte Verf. mit Allgemeinbestrahlungen, besonders dann, wenn er das Quarzlicht mit dem Licht von Kohlenfadenglühlampen kombinierte. Verf. glaubt nämlich, dass nicht die ultravioletten Strahlen allein die ausschlaggebende Rolle bei der Heliotherapie spielen, sondern dass auch die roten langwelligen Strahlen des Lichts sehr wichtig sind, ja sogar, dass die eigentliche Heilwirkung von den warmen, roten und ultraroten Strahlen ausgeht, die ja in viel grössere Tiefen dringen als die kurzwelligen. Die mit dem kombinierten Licht behandelten Patienten wurden viel schneller und intensiver pigmentiert als die nur mit Quarzlicht bestrahlten. Nur unter dem kombinierten Licht fühlt sich der Patient wie in dem Sonnenbad. H. verbindet die Bestrahlungen mit dem Freiluftbad, er lässt die Behandlung in gut durchlüfteten Räumen, auf Veranden oder ganz im Freien vornehmen. Die so behandelten Patienten nahmen schnell an Gewicht zu und besserten sich auf der ganzen Linie, sowohl bei Tuberkulose wie bei chronischer Osteomyelitis; die lokalen Erscheinungen heilten langsamer, als die Besserung des Allgemeinbefindens eintrat, wie bei Rollier. Verf. behandelte auch eine Reihe von Fällen poliklinisch, während die Patienten ihren Berufsgeschäften oblagen. Experimenti causa wurde jede andere Behandlung ausser der Ruhigstellung in Steckverbänden vermieden; das soll aber nicht das Normalverfahren sein, sondern alle bisherigen Methoden sollen mit der Lichtbehandlung kombiniert werden. Mit der Lichttherapie muss man genau so vorsichtig beginnen wie mit der Sonnenbehandlung; die erste Bestrahlung soll nur 3 Minuten dauern, und bei jeder folgenden werden 3 Minuten zugegeben bis zur Gesamtdauer von 1/2 Stunde, täglich oder jeden 2. Tag, je nach dem Befinden des Patienten; tritt stärkere Hautreaktion (Rötung, Blasen, Oedem der Haut) ein, so schiebt man 3—4 tägige



Pausen ein. Die mit Kohlenfadenlampen kombinierte Bach-Nagelschmidtsche Quarzlampe kostet bei der Quarzlampengesellschaft in Hanau etwa 370 Mk.; die Bestrahlungsstunde, während der 3 Patienten zu gleicher Zeit behandelt werden können, beansprucht etwa 40 Pfg. Stromkosten. Wir können also alle geeigneten Fälle der Lichttherapie zuführen. Klar, München.

21) **Ménard, V.** (Berck-Plage). Die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündungen in der Seestation zu Berck. Mit 23 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop, Chirurg. Bd. XXXII. S. 372—404.)

M. beschreibt kurz die klimatischen Verhältnisse in Berck und die im Hopital maritime gebräuchlichen Behandlungsmethoden, allgemeine Klimato-Thalossotherapie, sowie die lokale Luft- und Lichttherapie. Aeussere Gründe: Frische der Temperatur und besonders der Wind, machen eine Behandlung, wie bei Rollier in Leysin, wo der ganze Körper der Sonne ausgesetzt war, unmöglich. Die Hauptgruppen der in Berck behandelten Patienten sind solche mit äusserer Tuberkulose und mit Rachitis. Dem Seeklima legt er keine spezifische antituberkulöse Wirkung bei. Die Tuberkulose wird nicht aufgehalten, auch nicht in ihrer Dauer verkürzt. Sie verläuft anatomisch, wie im Binnenland auch, nur kommen die Patienten besser über die Krankheit weg, da sie in einen guten Allgemeinzustand versetzt werden. Im Gegensatz zu Rollier, der über Heilungen von Coxitiden, Gonitiden u. ä im Lauf von zwei Jahren berichtet, ist er der Ansicht, dass sie unbedingt 3—4, wenn nicht 4—5 Jahre brauchen. Geheilt werden alle Coxitis-, Gonitiskranke, alle Spondylitiker, aber „um den Preis langdauernder Behandlung und Pflege“.

Von besonderer Wichtigkeit ist nach M. die lokale Behandlung. Punktionen von Abszessen hält er für sehr nützlich. Gipsverbände hält er unter Umständen für sehr nützlich, besonders zur augenblicklichen Behebung aller Gelenkschmerzen (cf. Lorenz!), auch die Sequestrotomie wendet er des Oefteren an. Er sucht in ihr einen „Vorteil, die natürliche Heilung zu beschleunigen“ (cf. Vulpius).

Bezüglich des Ausgangs der Tuberkulosen im Hinblick auf die Beweglichkeit der Gelenke ist er der Meinung, dass die normale Beweglichkeit wiederkehren kann, wenn die Knorpelflächen nicht zerstört sind. Ist dies aber der Fall, so ist die vollständige Wiederherstellung eines Gelenks ausgeschlossen.

Das Redressement spondylitischer Buckel durch Apparate (Gipsminerva) schaltet er keineswegs aus. Verschlimmerung der



Verkrümmungen bei Brust- und Halswirbelspondylitis sind nach seiner Meinung nur durch Gipsminerva aufzuhalten. Horizontallagerung allein genügt nicht.

Zusammenfassend: Ohne die Hilfe eines günstigen Milieus ist wenig zu tun. Die orthopädisch-chirurgische Tätigkeit ist wichtig, die Physiotherapie prädominierend. Natzler, Mülheim (Ruhr).

22) **Freund, H.** Unsere Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung chirurg. Tuberkulosen. (Bruns Btrg. z. klin. Chir. 87. Bd., p. 208.

Verf. bringt die Erfahrungen, die an der Garréschen Klinik in Bonn mit der Röntgenbehandlung der chirurg. Tuberkulosen gemacht wurden. Es sind 24 Knochentuberkulosen, acht Drüsen- und vier Peritonealtuberkulosen, die zur Beurteilung herangezogen werden konnten. Die übrigen 35 waren während der Behandlung weggeblieben. Bezüglich der Technik hatte sich Verf. an die von Iselin inaugurierte gehalten. Die Bestrahlung der Lymphome ergab im ganzen befriedigende Resultate, dagegen sind dieselben bei der Knochen- und Gelenktuberkulose auffallend schlecht, von 21 Fällen wurden nur vier geheilt, drei gebessert, 14 ergaben Misserfolge. Besonders schlecht waren die Resultate bei der Handtuberkulose, günstiger die kleinen Röhrenknochen der Hand, doch auch hier war ein völliger Misserfolg vorhanden, bei dem Ellbogengelenk konnten nur zwei von fünf Fällen geheilt, einer gebessert werden, zwei dagegen blieben unbeeinflusst. Ebenso blieb ein Fungus des Kniegelenkes und eine Fusstuberkulose unbeeinflusst. Durch eine Vermehrung der in jeder Sitzung verabfolgten Strahlenmenge liess sich kein besserer Erfolg erzielen, Verf. hat sogar eher den Eindruck, dass sie zu einer Verschlechterung beigetragen haben könnte. Insbesondere war es eine gesteigerte Wucherung des fungösen Granulationsgewebes während der Dauer intensiver Röntgenbestrahlung, die dem Verf. auffiel und die in mehreren Fällen die Verschlechterung bedingte. Verf. glaubte für das schlechtere Verhalten der Bonner Patienten gegenüber der Bestrahlung vielleicht einen maligneren Charakter der betr. Tuberkulosen annehmen zu müssen. Baisch, Heidelberg.

23) **Hamant et Pigache.** Ostéomyelite à infections mixtes. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 71, p. 1158.)

Vv. behandelten einen mittelschweren Fall von Osteomyelitis des Radius, bei dem man 3 mal Gelegenheit hatte, den Eiter zu untersuchen. Das erstemal fand man ausschliesslich Pneumokokken, nach vier Tagen Pneumo- und Staphylokokken, nach weiteren 14



Tagen nur Staphylokokken. Aus dieser Beobachtung schliessen Vv., dass die Mischinfektionen nicht immer, wie bis jetzt angenommen wurde, klinisch schwere Erkrankungen sein müssen, und sehen darin die Annahme bestätigt, dass der Pneumokokkus sehr bald zugrunde geht und eine relativ gutartige Erkrankung verursacht. Der Kranke verliess nach $2^1/_2$ Monaten vollständig geheilt das Krankenhaus und kann seinem Beruf als Pferdehändler wieder nachgehen. Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Broca et Philbert.** Radiographies d'ostéomyelitis. (Gaz. des hop. 86e Nr. 43, p. 693.)

Für Frühdiagnose bei akuter Osteomyelitis ist die Radiographie nicht geeignet, wohl aber für subakute und chronische Fälle, besonders zur Auffindung multipler Herde. V. führt 11 eigene Beobachtungen bei Kindern an. Im Anfang einer subakuten Osteomyelitis sieht man an der Markgrenze den Knochen verdünnt, die Abwehrreaktion des Organismus gibt sich als Hyperostosenbildung und verdichtende Osteïtis kund. Erstere ist im Anfang weniger gut, als später zu sehen. Auftreibungen, von Periostablösungen herkommend, rühren von Abszessen her. Die Hyperostosen zeigen auch manchmal Schichtung — Zeichen von Osteomyelitisschüben. Die verdichtende Osteïtis dokumentiert sich als Undurchsichtigkeit der Compacta und kann sogar das helle Markkanallumen zum Verschwinden bringen. Abszesse sind als intradiaphysäre helle Flecke kenntlich, meist juxtaepiphysär gelegen, solitär auftretend, von einer osteosklerotischen und dazu oft noch von einer periosthypertrophischen Zone umgeben. Fungositäten sind als verschwommene Schatten, die Sequester darin als schwarze Flecke kenntlich. Je kleiner die Läsionen und je weniger ausgesprochen Osteïtis und Periostitis sind, desto schwerer ist die radiographische Diagnose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Skillern.** Syphilis in the etiology of fibrous osteitis. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVI, Nr. 4, p. 531.)

Aus einer eigenen Krankenbeobachtung zieht V. die Schlussfolgerung, das die fibröse Osteïtis, wenigstens in einigen Fällen, identisch mit hereditärer Knochensyphilis ist. Der Zusammenhang der Syphilis mit dieser und anderen Knochenerkrankungen dunklen Ursprungs sollte mit Wassermann nachgeprüft werden. Eine solche fibröse Osteïtis ist mit konservativen Mitteln zu bekämpfen und kann von der Liste der Knochenerkrankungen gestrichen werden, die zu ihrer Heilung der Amputation bedürfen.

Spitzer-Manhold, Zürich.



26) **Cathcart.** Appliance for extension of the limb in the operative treatment of fractures. (The Edinburgh med. Journ. Vol. XI., Nr. 3, p. 241.)

Verf. beschreibt die von ihm erfundene Vorrichtung, die den Zweck hat, während des Operierens eine Extremität in Extension zu halten, und aus einem eisernen Halbring mit eiserner Stange besteht, an der die Stärke der Extension durch verschiedene Löcher und eine Schraube reguliert werden kann. Die Kontraextension des Beckens wird mittels einer Krücke ausgeführt. Der Apparat wird von Young & Son in Edinburgh verfertigt und kostet 25 Schilling. Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Dupuy de Frenelle.** Traitement des fractures, appareils de couchage et de fortune. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 69, p. 1126.)

V. gibt einige Ratschläge, wie man auf dem Kriegsschauplatz und in Notfällen mit den primitivsten Mitteln gute Fixationsverbände zum Transport Kranker mit gebrochenen Gliedmassen herstellen kann. Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **M. Wilms** (Heidelberg). Physiotherapie der Gelenkkrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. XXXII. S. 321—336.)

W. bespricht zuerst kurz die mit Röntgenstrahlen, Radium und Thorium X erzielten Resultate bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus. Die ersten Berichte über erfolgreiche Behandlung des Gelenkrheumatismus gehen schon auf das Jahr 1897 zurück (Sokolow). In den letzten Jahren hat sich das Interesse mehr der Radiumtherapie zugewandt. Hauptsächlich wird nach His-Gudzent und v. Noorden-Falta der primär-chronische Gelenkrheumatismus beeinflusst, sowohl in der exsudativen wie in der trockenen Form. Auch akuter Gelenkrheumatismus wurde an der Wiener Klinik günstig beeinflusst. Mit Thorium X sind grössere Versuche beim Rheumatismus noch nicht gemacht worden.

Dann geht Verf. auf die Behandlung der Gelenktuberkulose mit Röntgenstrahlen über. Die ersten Mitteilungen gehen auf das Jahr 1898 zurück (Kirmisson). Iselin hat als erster ein grosses Material systematisch, nach einer besonders ausgebauten Technik behandelt. W. geht näher auf dessen Fälle nnd seine Technik ein und ist unter Erwähnung der starken von Gauss bei gynäkologischen Leiden verabreichten Dosen der Ansicht, dass man zweifellos auch bei der Tuberkulose noch energischer vorgehen wird. Beitragen werden hierzu die Verbesserungen von Gauss u. a. am Instrumentarium.



Bezüglich der Frage der Einwirkung auf lokalen Herd und Allgemeinzustand stellt W. fest, dass schwammige Granulationsmassen ohne Zweifel eingeschmolzen werden. Das auftretende Narbengewebe ist zart, wie bei der Sonnenbehandlung. Knochen wird sowohl resorbiert als auch neugebildet. Der Gesamtzustand des Körpers bessert sich ebenfalls unter Röntgentherapie.

W. will nicht einseitig Röntgentherapie bei Knochentuberkulose treiben, sondern mit entsprechender Diät und Sonnenbehandlung kombinieren. Er unterstützt durch Punktionen, Ausräumung käsiger Massen von kleiner Inzisionsstelle aus und spritzt Jodoform ein. Die Tuberkulinkur hält er bei fungösen Formen für angebracht. Grössere Operationen sind Ausnahmefälle. Bei Coxitis und Spondylitis von Individuen über 30 Jahre ist anscheinend die Hochgebirgstherapie überlegen. Doch ist er der Ansicht, dass die guten Resultate im Hochgebirge und am Meer bei gleichzeitiger Röntgenbehandlung noch schneller erreicht würden.

Die Erfolge der Physiotherapie zwingen die Chirurgen zur völligen Umwertung ihrer Ansicht. Natzler, Mülheim-Ruhr.

29) **Elmslie, R. C.** (London). Die physikalische Behandlung der Gelenkkrankheiten, im besonderen der tuberkulösen Gelenkkrankheiten. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXII. S. 405—411,)

Kranke Gelenke sollen nicht früher bewegt werden, bevor die aktive Entzündung sicher vorbei und die Heilung im Gang ist.

Zur Behandlung der Gelenktuberkulose:

I. Die Behandlung hängt ab von der genauen Diagnose und der genauen Erkennung des pathologischen Prozesses.

II. Es darf nicht nach einer einzigen Methode behandelt werden. (Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung.)

III. Prinzipien der Behandlung:

a) Ruhigstellung und Distraktion der Gelenkflächen.

b) Fixation des Gelenks in zweckmässiger Stellung.

IV. Die Behandlung ist in geschlossener Anstalt durchzuführen.

Interessieren mag noch eine statistische Angabe. Von 824 Kindern, die Verf. in London gesehen hat, waren nur 22 % in Spezialanstalten behandelt worden. Die andern wurden poliklinisch behandelt. „Die Resultate waren immer schlecht.“ — — —

Natzler, Mühlheim (Ruhr).

30) **Erskine.** A case of rheumatic arthritis treated with rheumatism phylacogen. (The Lancet, 27. IX. 13, p 931.)

Ein Fall von subakutem Rheumatismus der linken Hüfte und



des linken Knies (Erkrankung seit einem Jahr mit akuten Anfällen von Zeit zu Zeit) wurde mit Rheumatismusphylacogen behandelt. Nach 6 Injektionen konnte Patient Hüfte und Knie biegen und gehen. In weniger als 4 Wochen Heilung. Ebenso gaben die Phylacogeninjektionen bei einem Fall von Lumbago gute Resultate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Ménard.** Rheumatisme ankylosant généralisé d'origine tuberculeuse. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 62, p. 1013.)

V. teilt einen selten ausgeprägten Fall von allgemein ankylosierendem tuberkulösen Rheumatismus bei einem 41jähr. Kranken mit, der wie ein Holzklotz steif daliegt, das Kiefergelenk und die Finger können etwas bewegt werden, während alle anderen Gelenke ankylosiert sind. In der Familie ist Tb., der Kranke selbst war als Kind zart, hustete etwas, hat aber ausser Röteln keine akuten Krankheiten durchgemacht. Mit 20 Jahren trat am linken Fussgelenk eine Geschwulst auf, die später eiterte und Fisteln bildete. Allmähliche Versteifung der linken unteren Extremität, der Wirbelsäule, des rechten Beines. Ueber beiden Spitzen ist die Atmung rauh, der Lungenschall abgeschwächt, der Zirkulations-, Digestions- und Genitalapparat sind gesund (nie eine venerische Infektion), der Intellekt vollständig klar. Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Vulpius.** Die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15, 1913.)

Bericht über die Geschichte und die Technik des Abbottschen Verbands mit 16 Abbildungen. Mit dem Abbottschen Verfahren kann man nach Meinung des Verf. tatsächlich Umkrümmungen der Wirbelsäule und Abflachungen des Rippenbuckels erreichen, die bis jetzt vollständig unmöglich waren. Nach der Abnahme des Gipsverbandes, der bis zu 8 Monaten getragen werden soll, lässt V. noch ein Stützkorsett tragen, um das Resultat während der ersten Zeit festzuhalten, und behandelt energisch nach. Während der Verbandperiode ist besonders darauf zu achten, dass der Plexus brachialis nicht gedrückt wird, und dass kein Dekubitus eintritt, ausserdem sind leichte gymnastische Uebungen, so weit sie der Verband erlaubt, und mehrmals täglich Atemgymnastik vorzunehmen. Zur Beseitigung der lumbalen Gegenkrümmung legt V. nachts an das der lumbalen Konkavität entsprechende Bein eine Extension und erhöht tagsüber das andere Bein. V. behandelte 25 Fälle nach Abbott. Klar, München.

33) **Erlacher, Philipp.** Zur Behandlung von Skoliosen durch Gipsverbände nach Abbott. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 24, 1913.)



E. berichtet über die Erfahrungen, die an 16 nach Abbott behandelten Skoliosen in der Spitzyschen Klinik gesammelt wurden, und zwar mit 36 Verbänden. Bevor die Patienten eingegipst werden, müssen sie lange vorbehandelt werden, und zwar mit Freiübungen, Mobilisationen, Kriechen, wobei besonders darauf geachtet wird, dass die Kinder dabei schon möglichst die Stellung einnehmen, die sie später im Verband haben werden, und vor allem mit reichlichen Atemübungen. Denn neben und sogar vor der Schwerkraft ist die Respiration die deskoliosierende Kraft im Abbottschen Verband. Die Schwerkraft biegt von dem Augenblick an die Skoliose um, in dem es gelingt, im Verband den Scheitelpunkt der bisherigen Verkrümmung über die Mittellinie hinüberzubringen. Um die Atemexkursionen der im Verband gefensterten, also bisher konkaven Seite zu messen, hat E. einen Respirationsmesser konstruiert, der aus einer beweglichen Pelotte besteht, die auf Metallklötzchen, die in den Gipsverband eingegipst werden, festgeschraubt wird; an der mit der Pelotte verbundenen Skala kann man genau in Graden (11,5 Grad = 1 mm) ablesen, um wieviel sich seit der letzten Messung die Thoraxhälfte entfaltet hat. Um in der Vorbereitungszeit die Kinder an die wesentlich veränderten Atemverhältnisse im Verband zu gewöhnen, und um sie unter möglichst gleichen Bedingungen schon vorher das Atmen zu lehren, hat E. einen Schrägbock aufgestellt, in dem die Patienten genau dieselbe Stellung einnehmen, wie später im Verband, und der gleichzeitig die Atembewegungen der Thoraxwand der Konvexseite hindert, während die herabhängenden Beine die Bewegungen der Bauchwand erschweren; dabei soll immer durch die Nase geatmet werden, da die Nasenatmung die Inspiration erschwert und so die Patienten zwingt, die Hilfsatemmuskeln in Tätigkeit zu bringen, wodurch eine stärkere Erweiterung der oberen Thoraxabschnitte durch extreme Rippenerhebung eingeleitet wird. In der Spitzyschen Klinik wurden fast ausschliesslich rachitische Skoliosen nach Abbott behandelt, die eine starke Torsion und einen starken Rippenbuckel zeigten; aber der kammartig vorspringende, spitzwinklige Rippenbuckel wurde als ungeeignet für diese Behandlung angesehen. Schlecht vertragen wird der Abbottsche Gipsverband bei linkskonvexen Skoliosen, wegen der durch den Verband bewirkten Verdrängung des Herzens nach rechts. Die Verbandbehandlung muss lange fortgesetzt werden, so lange, bis dem Kind die überkorrigierte Stellung zur Ruhehaltung geworden ist, und diese muss so lange mit Celluloidkorsett oder ähnlichem festgehalten werden, bis sich der Körper ganz den



neuen Verhältnissen angepasst hat; dann ist die Umformung der Knochen im Sinne des Wolffschen Gesetzes zu erwarten. Die der Abhandlung beigegebenen Abbildungen zeigen gute Ergebnisse.

Klar, München.

34) **Vulpius.** Erfahrungen und Erwägungen über die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (Berl. kl. W., Nr. 38, 1913.)

V.s Meinung über das Abbottsche Verfahren ist nicht mehr so günstig wie früher, er empfiehlt es aber immer noch, allerdings mit peinlicher Auswahl der Fälle. Ausgeschlossen sind Kinder unter 6 Jahren und Erwachsene, ausserdem schwächliche und anämische und herz- und lungenschwache Patienten, ferner die schweren Fälle mit spitzwinkligem Rippenbuckel. V. betont die Wichtigkeit der mobilisierenden energischen Vorbehandlung, zu der auch die Atmungsgymnastik gehört. In der Verbandperiode, die 8 Monate dauert, müssen die Kinder stündlich zur Atemgymnastik antreten; innerlich gibt er Kalk und Phosphor, er legt ferner Sorgfalt auf die Hautpflege und schickt die Patienten auf das Sonnendach. Fälle mit ausgesprochenen sekundären Krümmungen sind auch ausgeschlossen, da im Abbottschen Verband diese Nebenkrümmungen eher verstärkt als gebessert werden. V.s Erfahrungen sind an 50 Fällen gesammelt; ein Nachteil der Methode ist die im Verband eintretende Atrophie der Knochen. V. empfiehlt, die Abbottsche Methode in den orthopädischen Arbeitsplan aufzunehmen und zu erproben, ob nicht vielleicht doch ein dauernder Wert in dem anfänglich so verblüffende Erfolge zeigenden Verfahren steckt. Eine grosse Schwierigkeit der Skoliosenbehandlung, der unverhältnismässig grosse Aufwand von Zeit, Mühe und Geld, ist durch Abbott auch noch nicht aus dem Wege geräumt, und wer meinen sollte, dass er sich mit dem neuen Verband Mühe sparen würde, der soll damit lieber gleich nicht anfangen. Nur sorgfältige und zeitraubende Ueberwachung während der Verbandperiode und der Nachbehandlung kann einen Erfolg in Aussicht stellen. Zum Schluss plädiert V. für die Errichtung von ausschliesslich für die Skoliosentherapie bestimmten orthopädischen Anstalten auf dem Lande.

Klar, München.

35) **Joachimsthal.** Ueber Abbotts Methode der Behandlung seitlicher Rückgratsverkrümmungen. (Berl. kl. W., Nr. 15, 1913.)

J. prüfte das Abbottsche Verfahren in den letzten 6 Monaten an 36 Fällen nach und fand, dass es ihm gelingt, bei einzelnen



Formen seitlicher Rückgratsverkrümmungen, besonders bei rechtsseitigen Totalskoliosen, in kurzer Zeit energische Umkrümmungen zu erzielen. Er machte gleich anderen Autoren die Beobachtung, dass Patienten mit linksseitigen Abweichungen den Abbottschen Verband viel schlechter ertragen als solche mit rechtsseitigen Skoliosen. Er rät daher bei solchen zu besonderer Vorsicht oder schliesst sie von dieser Behandlung ganz aus. J. betont die Wichtigkeit kräftiger Nachbehandlung, nach der im Durchschnitt 3 Monate dauernden Verbandperiode, mit Massage, Uebungen, Lagerungsapparaten und Celluloid- oder Stoffbügelkorsetts. Mit Spitzy ist Verf. der Meinung, dass die Hauptfaktoren der neuen Methode die Umleitung der Atmung und die Heranziehung der respiratorischen Kräfte für die Umkrümmung sind. Ob es möglich sein wird, die mit dem Abbottschen Redressement erzielten Resultate für die Dauer festzuhalten, darüber kann uns erst die weitere Beobachtung unterrichten.

Klar, München.

36) **Kellett Smith.** The necessity for selection and for skilled supervision in the treatment of spinal deformities by exercise. (The Brit. méd. Journ., 27. IX. 13, p. 806.)

V. spricht für die individuelle Behandlung der Kinder mit spinalen Deformitäten, geschulte Leitung und ärztliche Ueberwachung der Uebungen und befürwortet die Einrichtung orthopädischer Anstalten mit regulärem Schulunterricht, erstens, um die Kinder während der Entwicklungsjahre gegenüber den gesunden im Unterricht nicht zu weit zurückzubringen, zweitens, um sie geistig abzulenken und ihnen passende Altersgefährten zur Gesellschaft zu geben.

Spitzer-Manhold, Zürich,

37) **Coon.** Traumatic periostitis of the lumbosacral spine (The New York med. Journ., Vol. XCIII, Nr. 12, p. 570.)

Verf. beobachtete 15 Fälle von Schmerz, Empfindlichkeit und Bewegungsbeschränkung der Lumbosakralwirbelsäule nach Trauma. Ein objektiver Befund war nur im Röntgenbild zu konstatieren, wo in der schmerzhaften Zone der Knochen wolkig und unscharf erschien. Die ersten Aufnahmen wurden ca. 1 Monat nach dem Unfall gemacht und öfters wiederholt. In der nächsten Umgebung des Knochens sah man Kalksalzablagerung, Callusbildung, und die Diagnose einer traumatischen Periostitis wurde durch die wiederholten Aufnahmen gesichert. Die einwirkende Gewalt war nicht stark genug gewesen, um eine Dislokation oder Fraktur der Knochen zu verursachen, hatte aber eine Dehnung und Zerreissung der umgebenden Bänder und des Periosts hervorgebracht.

Spitzer-Manhold, Zürich.



38) **Potel et Veaudeau.** La chirurgie des tumeurs du rachis et de la moelle. (Rev. de chir. 33e année NNr. 5 u. 9, pp. 713 und 477.)

Die Tumoren der Wirbelsäule und des Rückenmarks können in extravertebrale, vertebrale, intravertebrale (nicht medulläre und medulläre) eingeteilt werden; die nicht medullären intravertebralen sind die häufigsten (77%). Vv. teilen 600 Beobachtungen aus der Literatur mit. Die Symptome der Geschwülste betreffen das Knochensystem, die Nervenwurzeln, das Rückenmark. Die intravertebralen Tumoren sind sehr geeignet für einen operativen Eingriff. Von vornherein ist es unmöglich, die Diagnose zu stellen, ob sie vom Rückenmark selbst ausgehen oder nicht. Die einfache Laminektomie ist der osteoplastischen vorzuziehen, weil sie einen besseren Ueberblick gewährt. Die Operation ist relativ ungefährlich, in neueren Statistiken sind 5% Mortalität verzeichnet. Der Tod kann nach gelungener Operation infolge von Shok (wegen zu viel Ablassens von Cerebrospinalflüssigkeit), durch Infektion, Meningitis eintreten. Mit Vervollkommnung der Technik werden sich auch die Genesungsaussichten nach dieser Operation bessern.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **Sander.** Ein Fall von akuter Spondylarthritis gonorrhoica. (M. m. W., Nr. 33, 1913.)

Bei einem 40jährigen Mann traten in der 6. Woche einer Erkrankung an Gonorrhoe heftige Schmerzen in der Kreuz- und Lendengegend auf, die in Ruhelage nachliessen, bei Bewegungen aber sehr zunahmen. Druck auf die Dornfortsätze der letzten 3 LW. war sehr schmerzhaft, die übrige Wirbelsäule war frei. Heilung mit der Besserung des Grundleidens. Klar, München.

40) **Käfer.** Zur Behandlung des Schlüsselbeinbruchs. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1913.)

Da die Behandlung der Schlüsselbeinfraktur noch weit davon entfernt ist, eine ideale zu sein in ihren Ergebnissen, empfiehlt Verf. folgenden, an 15 Fällen erprobten Verband zur Nachprüfung: Der Pat. sitzt auf einem Schemel, ein Gehilfe hält mit einem Bindenzügel, der durch die Achselhöhle der kranken Seite über das Akromion gelegt ist, die kranke Schulter nach hinten und verstärkt diesen Zug dadurch, dass er sein Knie fest zwischen die Schulterblätter stemmt. Der zweite Gehilfe drückt den Ellenbogen der kranken Seite nach oben und an den Thorax, in die Achselhöhle kommt ein dickes Wattepolster. Durch direkten Fingerdruck werden nunmehr die Bruchstücke exakt reponiert, die Klavikulargegend



wird mit Mastisol bestrichen und ein Gazebausch auf das eventuell noch hervorragende mediale Fragmentende gelegt, und ein Gazestreifen stramm angezogen darüber gelegt. Dann wird eine 20 cm im Quadrat messende Gipslonguette der kranken Schulter gut anmodelliert, indem besonders die Konturen des Schlüsselbeins und des Gazebausches herausgearbeitet werden. Dann wird ein Desaultscher Verband ohne Polsterung mit weichen Gazebinden angelegt, nachdem die Haut an den Stellen, an denen ihr die Gipsplatte nicht anliegt, mit Mastisol bestrichen ist. Zum Schluss werden einige Touren einer nassen Stärkebinde darüber gelegt. Diesen Verband, der einen ausserordentlich festen Halt gibt, lässt man 3 Wochen liegen. Die kosmetischen Ergebnisse sind besser als die mit allen bisher geübten Methoden erzielten. Klar, München.

41) **Tanton.** Fractures de l'apophyse coracoïde. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 107, p. 1667.)

Die Fraktur der Coracoïdapophyse isoliert ist selten (20 Fälle), meist ist sie nur Begleiterscheinung bei anderen schweren Schulterverletzungen (Frakturen, Luxationen). Neben der Fraktur ist auch im jugendlichen Alter durch Muskelzug eine Epiphysenablösung möglich (der selbständige Kern des Coracoïdfortsatzes verschmilzt erst zwischen dem 16.—18. Lebensjahre mit dem anderen Knochenteil). Die Frakturen werden in direkte und indirekte eingeteilt. Die Symptome sind: lokalisierter Schmerz, verstärkt bei Armheben, Krepitation. Die Funktion ist oft wenig gestört, die Difformität unbedeutend. Als störende Komplikationen können sich nervöse Symptome (Kontusion des axillären Nervenpakets durch Fragmentstücke oder späterhin durch den wachsenden Kallus) einstellen. Die Behandlung besteht in Tragenlassen einer Mitella bei forzierter Adduktion, flektiertem Vorderarm, leicht erhobenem Ellbogen, um die Muskeln, die am Coracoïd inserieren, zu entspannen; nach 14 Tagen Mobilisierung und Massage. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Babitzki.** Zur Anästhesierung des Plexus brachialis nach Kulenkampff. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 14, 1913.)

Bei 25 Fällen hatte Verf. guten Erfolg mit der Anästhesie des Plexus brachialis, am brauchbarsten erwies sich das Verfahren bei Luxationen des Oberarms, bei Oberarmbrüchen, und bei Frakturen des Vorderarms. Bei einer 35 jährigen Frau, bei der 15 ccm einer 3%igen Novokainlösung injiziert waren zum Zwecke der Entfernung einer Nadel in der Hand, trat komplette Lähmung des Arms ein, die erst nach monatelanger Behandlung geheilt wurde. Diese Lähmung war aber nur indirekt durch die Plexusanästhesie ver-



ursacht, direkt durch den Schlauch, der zum Zwecke der Blutleere angelegt worden war; die Plexusanästhesie hatte das Gefühl für das zu feste Anliegen des Schlauchs gelähmt. Klar, München.

43) **König, Fritz.** Erfolgreiche Gelenkplastik am Ellbogen durch Implantation einer Elfenbeinprothese. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1913.)

26 jähriges, zierlich gebautes Mädchen mit einem kleinapfelgrossen Spindelzellensarkom mit Riesenzellen am condylus medialis humeri dextri. Von einem Querschnitt unter Durchsägung des Olekranon werden der condylus medialis und die Trochlea exstirpiert und die entfernten Knochenteile durch ein vorher nach dem Durchleuchtungsbild und einem Skelett genau zurechtgeschnittenes Elfenbeinstück ersetzt; das Olekranon durch Drahtnaht vereinigt, Hautnaht, Verband in leichter Beugestellung. Erste Bewegungen im neuen Gelenk nach 3 Wochen. Da nach 4 Wochen am inneren Wundwinkel sich eine Fistel zeigt, aus der sich Gelenkflüssigkeit entleert, Implantation eines 10 cm langen, gut fingerdicken Muskellappens mit unterer Basis vom Bizeps. Bei dieser 2. Operation zeigt sich, dass das Elfenbeinstück fest am Knochen sitzt und von den Weichteilen gut umwachsen ist. Pat. ist schon über ein Jahr geheilt, Streckung 135 Grad, Beugung 85 Grad, Rotation ganz frei. Klar, München.

44) **Miginiac.** Section traumatique du nerf cubital à la face postérieure du bras. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 54 p. 869.)

Ein 34 jähriger Italiener wurde am linken Arm durch einen Messerstich verletzt, der n. ulnaris war an der Hinterfläche des Armes durchtrennt und wurde sofort nach dem Unfall genäht. 48 Stunden nach der Naht konnte Pat. wieder alle Bewegungen ausführen, die von den ulnarisversorgten Muskeln abhängen. Im, Bereich des Ellbogens blieb eine partielle Anästhesie bestehen. Nach 2 Monaten trat sekundär eine Atrophie der Interossei und des Hypothenar ein, die Flexoren sind aber unverletzt, das Heilungsresultat ist ein gutes, und der Mann verrichtet sein Tagwerk wie früher. Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Reichardt.** Ueber eine eigentümliche, typische Deformierung des Griffelfortsatzes der Ulna. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1913.)

Fall 1: 51 jährige Frau mit Polyarthritis chronica deformans, bei der zuerst das rechte Sprunggelenk und die rechten Zehen an



Polyarthritis acuta erkrankt waren; nach gut einem Jahr erkrankten nacheinander beide Handgelenke mit heftigen Schmerzen. Im Durchleuchtungsbild 4 Monate nach der Erkrankung des r. Handgelenks: Starke Atrophie der Knochen, Handwurzelknochen zu einer formlosen Masse zusammengepresst, nur Reste der Interkarpalgelenke zu sehen, proc. styl. ulnae stark verlängert, radialwärts gebogen, das wie auseinander geklopft aussehende Ende des proc. stösst an das os triquetrum, das an dieser Stelle einen korrespondierenden Vorsprung zeigt, der sich genau dem proc. anpasst; das linke Handgelenk zeigt ähnlichen Befund, nur ist der proc. eher verkürzt und hochgradig atrophisch, der radiokarpale Gelenkspalt ist verschwunden. Klinisch ist rechts geringe Flexion und Extension nachweisbar, seitliche Bewegungen gänzlich unmöglich, linkes Handgelenk vollständig versteift.

Fall 2: 35 jähriger Mann, vollständige Versteifung des rechten Humeroulnargelenks mit knöcherner Ankylose, vollständige Versteifung beider Kniegelenke in Streckstellung, starke Bewegungsbehinderung im linken Ellbogengelenk und im linken Handgelenk. Das Durchleuchtungsbild zeigt denselben Befund wie Fall 1, doch ist die Knochenatrophie geringer, die Interkarpalgelenke sind besser erhalten, am Radio-Ulnargelenk sieht man deutliche Osteophytenbildung, der radiokarpale Gelenkspalt ist erhalten, der proc. styl. zeigt dieselben Veränderungen wie bei Fall 1. R. glaubt, dass diese Deformierungen nur durch den Druck verkürzter und geschrumpfter Gelenkbänder verursacht sein können. Klar, München.

46) **Descarpentries.** Un procédé de réduction à propos des luxations des doigts. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 118, p. 1764.)

Die Notiz soll speziell das Interesse des Praktikers im Auge haben, dessen tägliches Brot es ist, luxierte Finger, besonders Daumen, meist mit unerfreulichen Aussichten zu behandeln, denn die frischen Fälle, die sich leicht reduzieren lassen, kommen gewöhnlich nicht zum Arzt; es werden erst einige Tage nach dem Unfall Hausmittel (Umschläge, kräftige Laienmassage) probiert. Erst nachdem der Finger ödematös geworden, die Kapselbänder sich retrahiert haben, wird ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Einfache, noch so kräftige Reduktionsversuche sind meist vergeblich.

Verf. hat in 3 Fällen mit gutem Erfolg unter Lokalanästhesie mit Novocaïn vom Steinmannschen Nagelextensionsverfahren Gebrauch gemacht. In die Nähe des Köpfchens des luxierten Gliedes wurde nach Joddesinfektion der Haut ein ausgeglühter Bohrer, Nagel oder eine Schraube geschlagen und an diesem eine



kräftige Extension (Gegenextension vom Assistenten ausgeführt) ausgeübt. Die Reduktion gelang leicht, schnell und schmerzlos.
Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Werndorff, R.,** (Wien.) Die Entstehung der Hüftgelenkskontraktur bei Coxitis tuberculosa. Mit 8 Abbildg. (Zeitschr. f. othop. Chirurg., Bd. XXXII, S. 201—229.)

W. geht mit den bisherigen Erklärungen der Kontrakturstellung bei Coxitis ins Gericht und zeigt deren Unhaltbarkeit. Insbesondere geht er näher auf die Königsche Schonungstherapie ein. Die Abduktion kann nicht aus Schonung des Beines entstehen, denn dazu wäre sie gerade die ungünstigste Stellung. Auch die Adduktion entsteht nicht durch das Liegen des Kranken auf der gesunden Seite. Abduktion und Adduktion entstehen durch das Zusammenwirken mehrerer Kräfte, hauptsächlich der muskulären Insuffizienz des Gelenkes und der Belastung. Bei synovialen Erkrankungen ohne destruktive Kopf- oder Pfannenerkrankungen besteht Beugung, Abduktion und Auswärtsrollung. Bei bestehender Gelenkdestruktion ist Beugung, Adduktion und Auswärts- oder Einwärtsrollung vorhanden. Bei isolierten Knochen- oder Synoviaherden treten keine typischen Kontrakturstellungen auf, es besteht aber konstant eine Einschränkung der Exkursionsbreite. Natzler, Mülheim-Ruhr.

48) **Diel.** Arthroplastie fémoro-rotulienne pour ankylose du genou. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 111, p. 1727.

Am Knie werden Arthroplastiken wegen der Undankbarkeit der Aufgabe (begründet durch die anatomischen Verhältnisse des Gelenks) seltener ausgeführt, als am Ellbogen. V. hatte vor zwei Jahren Gelegenheit, eine solche auszuführen, und das funktionelle Resultat ist ein sehr gutes. Es handelte sich um einen kräftigen 23jährigen jungen Mann, der im Alter von drei Jahren am linken Knie einen Tumor albus mit Vereiterung gehabt hatte. Heilung mit starker Flexionsankylose, Verkürzung des Beines um 4 cm, Gehen auf Krücken, Quadriceps atrophisch, Beuger gut erhalten, die Kniescheibe mit dem Femur verschmolzen. Der Kranke wollte um alles von seiner Difformität und den Krücken befreit sein. Es bestand die Befürchtung, durch einen operativen Eingriff alte, tuberkulöse Herde wieder aufzustöbern, andererseits aber lag die tuberkulöse Erkrankung schon so weit zurück, dass man doch an eine Arthroplastik ging. Subkutan wurde die Bicepssehne und einige andere durchschnitten, um eine Streckung zu ermöglichen, durch Massage der Quadriceps drei Monate hindurch vorbereitet. Dann folgte der operative Eingriff. Ein grosser Resektionsschnitt wurde



gemacht, die Kniescheibe losgelöst von ihren hinteren Verwachsungen, auf die Femurfläche das Epiplom eines frisch geschlachteten Kaninchens gelegt und durch präparierte Renntiersehnen, die X-förmig darüber befestigt wurden und die eigentliche Isolierung für die Rückwand der Patella bildeten, fixiert. Vernähung, Verband, keine Schiene. Vollkommen reaktionslose Heilung. Am 4. Tage fing man an, trotz anfänglich starker Schmerzen, die Patella durch seitliche, später auch vertikale Bewegungen zu mobilisieren, so fort alle Tage. Am 16. Aufstehen. Nach 1 Monat bemerkte man elektrische Erregbarkeit im Quadriceps, im 2. aktive Beweglichkeit in Hinaufziehen der Kniescheibe, die keine Tendenz mehr zeigte an der Rückseite mit dem Femur zu verwachsen. Während vieler Monate wurde Massage und Extension in Apparaten gemacht mit dem erfreulichen Resultat, dass Pat. jetzt sicher und gut am Stock gehen kann, die Verkürzung des Beines beträgt nur noch $^1/_2$ cm, der Quadriceps hat sich wieder vollständig erholt und funktioniert gut. Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Lance.** Dans les luxations congénitales doubles de la hanche faut — il réduire les deux hanches simultanément? (Gaz. des hop. 86e année Nr. 59, p. 962.)

Der in die Augen springende Vorteil einer einzeitigen Reduktion beider Hüften ist die Befriedigung der elterlichen Ungeduld. Bei Kindern bis zu zwei Jahren ratet V. auf alle Fälle, einzeitig zu reduzieren, da die Reduktion bei ihnen noch leicht geht, aber wegen langsamer Adaptation der Kapsel und Bänder die Fixationszeit eine sehr lange sein muss. Bei älteren Kindern dagegen (sechs Jahre) ist die Reduktion an sich meist schwieriger, das Gelenk passt sich aber schneller den neuen Verhältnissen an, und die Fixation braucht nicht so lange durchgeführt zu werden, da sonst wieder die Gefahr der Ankylose droht. Das Alter, das dazwischen liegt (ca. vier Jahre), ist je nach den äusseren Umständen der Umgebung des kleinen Patienten (ob er artig ist, die Eltern vernünftig und intelligent sind, ob er weit fort wohnt) für ein- oder zweizeitige Reduktion zu empfehlen. Bei älteren Kindern renke man zuerst die schwierigere Hüfte ein, bei jüngeren die leichtere — unterdes kann die schlechtere Hüfte präpariert werden. Auf alle Fälle ist es ratsam, die doppelseitigen Luxationen möglichst frühzeitig einzurenken (1—2 Jahre). Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Vogel, K.** (Dortmund). Ueber Coxa valga. Mit 4 Abbildg. (Zeitschr. f orthop. Chirurg., Bd. XXXII., S. 225—245.)

V. hat die Deformität bei einem $15^1/_2$ jähr. Mädchen an der



rechten Hüfte beobachtet. Er gibt die ausführliche Krankengeschichte des Falles und geht dann näher auf die Frage der Aetiologie ein. Für seinen Fall akzeptiert er weder Trauma, noch Rachitis, noch Vitium primae formationis. Er macht den Versuch zweier Erklärungen: 1. Unregelmässige Knochenproduktion von einer durch ein leichtes Trauma geschädigten Epiphysenlinie aus. 2. Coxa valga als „Entlastungsdeformität" (durch die Störung der Epiphysenfunktion könnten Schmerzen ausgelöst und das Bein „geschont" werden) in Flexion, Aussenrotation und Abduktion, „wie bei beginnender Coxitis". Wenn nun die erkrankte Stelle des Schenkelhalses abnorm weich ist, so könnte durch das Gewicht des nachgeschleppten „geschonten" Beines die Coxa valga entstehen.

Therapeutisch empfiehlt V. mediko-mechanische Prozeduren, den Bierschen Heissluftkasten und operativ lineäre oder Keilosteotomie. Natzler, Mülhoim-Ruhr.

51) **Molineus, Gustav.** (Düsseldorf.) Das Genu valgum im Röntgenbilde. Mit 15 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. XXXII, S. 247—276.)

M. hat seine Untersuchungen an dem Material der K. Universitätspoliklinik in München angestellt und bringt 63 Krankengeschichten mit Röntgenbefund im Auszug. Nach kritischer Besprechung der verschiedenen Entstehungstheorien und nach einer kurzen Zusammenstellung der Resultate seiner Untersuchungen kommt er zu der praktisch bedeutungsvollen Feststellung, dass die Deformität in den ersten Lebensjahren in den meisten Fällen in der Tibiametaphyse, im adoleszenten Alter dagegen in der Femurmetaphyse auftritt. Daraus ergibt sich die Forderung, dass nicht nach einem Schema osteotomiert werden darf. Es kommt vielmehr bei kleinen Kindern, wenn man unblutig nicht zum Ziel kommt, die Osteotomie der Tibia unter Erhaltung einer medialen Brücke in Frage, bei Adoleszenten die suprakondyläre Osteotomie. Die Epiphyseolyse ist wegen der Gefahr von Nebenverletzungen (Peroneuszerrung, Bänderzerreissung mit nachfolgendem Schlottergelenk) zu verwerfen. Natzler, Mühlheim-Ruhr.

52) **Billet.** Le genou à ressort. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 61, p. 997.)

Nach den französischen Statistiken ist das schnellende Knie, sowohl das angeborene, arthritische als traumatische eine Seltenheit. Von letzterem beschreibt Verf. zwei eigene Beobachtungen. Der Mechanismus ist der einer permanent rezidivierenden Meniscussub-



luxation (beide Menisci etwa gleich häufig). Die ursprüngliche Ursache ist in Schlaffheit der Kapsel und des Bandapparates zu sehen. Das schnappende Geräusch bei jeder Bewegung im Knie (Extension und Flexion) ist meterweit zu hören. Die Beweglichkeit des Unterschenkels ist meist uneingeschränkt, die Deformität höchstens als leichte teigige Schwellung kenntlich, die Beschwerden sind meist nur psychische (wegen des störenden Knackens bei jeder Bewegung). Im Anfang ist immer eine konservative Therapie zu probieren (Ruhe, Elektro- und Thermotherapie), die gelegentlich zu vollkommener Heilung führt (der eine der angeführten Fälle), sonst Meniskektamie (der palliativen Kapsulorrhaphie vorzuziehen).

Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Peltesohn.** Ueber einen Fall von operativ behandelter angeborener Missbildung der unteren Extremitäten. (Berl. kl. W., Nr. 16, 1913.)

4½ jähriges Mädchen mit angeborener Ankylose in Beugestellung in beiden Kniegelenken, beiderseitigem Fibuladefekt und rudimentärer Ausbildung der Tibien, Strahlendefekten und Syndaktylien an beiden Füssen, Klumpfussstellung der Füsse und Syndaktylie und Strahlendefekten an der rechten Hand; Verf. brachte durch Keilresektionen und Redressements das Kind, das vorher 1½ Jahre lang in einem Krüppelheim ohne Erfolg behandelt worden war, in 3 Monaten so weit, dass es mit nunmehr gutsitzenden Prothesen gut gehen lernte.

Klar, München.

54) **Luquet et Dedet.** Fractures du péroné. (Gaz. des hop. 86e année NNr. 39, 42, p. 629, p. 677.)

Vv. teilen die Fibulabrüche wie üblich in direkte und indirekte ein, nach dem Sitz in Diaphysen- und Epiphysenbrüche; erstere sind meist durch direkte, die anderen durch indirekte Gewalt verursacht. Die Dupuytrensche Fraktur (Fibulafraktur 7—9 cm oberhalb des Mall. ext., Bruch des Mall. int. an der Basis) mit ihrer Modifikation bei Kindern — statt des Mall.-int.-Bruches eine Diaphysoepiphysärtrennung an der Tibia — werden in Bezug auf Diagnose, Therapie und Prognose besprochen, die Komplikationen erwähnt und durch einige Zeichnungen illustriert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Roziès.** Mal perforant plantaire et air chaud. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 50, p. 811.)

V. berichtet über 4 eigene Fälle von Fussgeschwüren, die mit verschiedenen Resultaten der Heissluftbehandlung ausgesetzt wurden. Die Therapie eignet sich für frische Fälle, ältere Fälle ohne



Komplikationen und Veränderungen des Allgemeinbefindens, rezidivierende Geschwüre, bei denen aber die Heissluftbehandlung noch nicht versucht wurde. Ungeeignet sind die rezidivierenden Fälle, die schon einmal mit Heissluft behandelt wurden, tiefgehende Geschwüre, die schon Knochen und Gelenke arrodiert haben, gangränöse Formen mit Veränderungen des Gesamtbefindens. Diese eignen sich nur noch für chirurgische Eingriffe (Exzision, Amputation, Desartikulation der Zehen, event. des Unter- bis Oberschenkels, Nervenverlängerungen der Plantarnerven oder des tib. ant., Bündeltrennung des Ischiadicus, Nervenanastomosen.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Lewy.** Modifizierter Heftpflastergipsverband bei der Klumpfussbehandlung (Münch. med. Wochenschr., Nr. 23, 1913.)

Um das so lästige Herausschlüpfen des redressierten Säuglingsklumpfusses aus dem Gipsverband zu verhindern, empfiehlt Verf. einen 1—2 cm breiten Leukoplaststreifen, in der Mitte des Fussrückens beginnend, über Innenrand, Sohlenfläche, Aussenrand des Fusses hinweg an der Aussenseite des Unterschenkels bis an den Kniegelenkspalt anzulegen; am Unterschenkel wird das Pflaster durch 2—3 zirkuläre Streifen fixiert; das jetzt freie Ende des Pflasterstreifens soll so lang sein wie der Unterschenkel und wird in die letzten Touren des Gipsverbandes eingegipst, so dass der Streifen ein nach unten offenes U bildet. So wird das „Schlupfen" des Fusses mit Sicherheit vermieden. Klar, München.

57) **Sprengel.** Modifizierter Heftpflasterverband bei der Klumpfussbehandlung. (Münch. med. Wochschr., Nr. 27, 1913.)

S. rät, auf die mit Mastisol bestrichene Haut eine Mull- oder Trikot- oder Flanellbinde zu legen und die Wattepolsterung auf die durch Verbanddruck bedrohten Stellen zu beschränken; dann bindet sich der Gips mit der Binde so fest, dass ein Abgleiten ausgeschlossen ist. Entzündliche Hautreizung verursacht das Mastisol nicht so leicht wie das Heftpflaster. Klar, München.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

58) Altonaer Aerztlicher Verein, 19. 3. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1913.)

Herr **Süssenguth**: Demonstrationen: 1.) Verknöcherung im Verlauf des m. brach. intern. nach schwerer Ellenbogenkontusion ohne Knochenverletzung, shnelle Entwicklung innerhalb 8 Wochen.



2. Grosse Exostosenbildung am inneren Oberarmknochen nach einer suprakondylären Humerusfraktur; die etwa 10 cm lange, breitbasige Exostose, die kuhhornförmig war, wurde operativ entfernt; histologisch frisches, periostbedecktes Knochengewebe.

3. Komplizierte Kniegelenkfraktur durch Stoss mit einer Wagendeichsel; Fraktur mit Meniskusluxation an der Innenseite. Exstirpation des Meniskus, Elfenbeinnagelung des Fragments, Heilung per primam, gute Funktion ohne Bewegungsstörung nach 9 Monaten.

4. 33jähriger Maschinist kam in die Transmission und wurde mit dem linken Knie gegen eine Wand geschleudert. Keine äussere Verletzung, Gelenkerguss, seitliche Beweglichkeit, Subluxationsstellung der Tibia nach hinten. Operation: Eröffnung nach Kocher, vorderes Kreuzband in der Mitte zerrissen, hinteres nahe dem unteren Ansatzpunkt gerissen, ohne Knorpelabreissung und ohne Knochenabsprengung. Bänder mit Katgut genäht, nach 14 Tagen Beginn der Bewegungen. Nach 2 Monaten: Geringe Kapselverdickung und Gelenkschwellung, keine seitliche Beweglichkeit, aktive Beugung bis zum rechten Winkel, keine Neigung zu Subluxation der Tibia. Klar, München.

59) **Schroth.** Penetrierende Kniewunden (Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 26. 5. 13. Ref. Münch. Wochenschr.. Nr. 23, 1913.

30 Fälle von Knieverletzungen durch stumpfe Gewalt; Schuss- und Nadelverletzungen heilten stets aseptisch, manchmal musste der Fremdkörper entfernt werden. Bei Ausfluss von Synovia muss man stets so verfahren wie bei einer Gelenkeröffnung. Sch. rät bei der Eröffnung zum Querschnitt mit Durchschneidung des lig. patellae inf., wegen der schnelleren Wundheilung im Vergleich zum Längsschnitt. Klar, München.

60) **Klapp**, zu demselben Thema ebenda: Ein Mann stiess sich einen Glassplitter in das Kniegelenk und zog ihn selbst heraus, glatte Heilung, so dass der Mann Militärdienst leisten konnte. Nach 3 Jahren Schmerzen beim Gehen im Gelenk, als deren Ursache sich ein zurückgebliebener Glassplitter fand, der zwischen den Menisken in der Tibia eingekeilt war und am Femur schleifte, wodurch eine Furche an diesem entstanden war; glatte Heilung. Klar, München.

61) **Hirsch**, Berl. med. Gesellschaft, 4. 6. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 13, 1913.)

Demonstration eines Falls, bei dem koxitische Erscheinungen durch eine im Mastdarm befindliche Nadel verursacht wurden, die 4 Wochen ohne sonstige Symptome dort gelegen hatte.

62) Aerztlicher Verein in Hamburg, 6. 5. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1913.)

Herr **Görlitz**: Torticolis oculaire: 9jähriges Mädchen, seit seiner Geburt in erfolgloser orthopädischer Behandlung wegen Schiefhalses. Keine Muskelspasmen, keine Atrophien, keine Knochendeformitäten. Wenn man den nur funktionellen Schiefhals korrigiert, tritt Strabismus ein, bedingt durch eine Schwäche im m. obliquus superior. Ob die Schieloperation den Schiefhals beseitigen wird, das muss die Zukunft lehren. In der Literatur sind 10 Fälle bekannt. Klar, München.

63) **Hecker,** Beckenbruch mit beiderseitiger traumatischer Hüftgelenkluxation. (Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, 19. 5. 13. Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913.)

Eine Frau wurde von einem Automobil überfahren und erlitt einen Becken-



bruch und doppelseitige Hüftluxation. Um Zerrungen und Zerreissungen zu vermeiden, musste erst Kallusbildung abgewartet werden, ehe man die Hüftgelenke in Angriff nehmen konnte, die erst nach 5 Wochen, und zwar blutig, reponiert werden konnten. Leidlich guter Gang. Klar, München.

64) **Hackenbruch**-Wiesbaden, Ueber die Distraktionsbehandlung der Frakturen (60. Vers. mittelrhein. Aerzte zu Bad Kreuznach, 18. 5. 13, Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 24, 1913.)

Die von Hackenbruch neu angegebene Distraktionsklammer, die an den durchschnittenen Gipsverband angelegt wird, stellt gegenüber den Methoden von Eiselsberg und von Käfer-Odessa eine Verbesserung dar, weil sie nicht nur Längs-, sondern auch Seitendistraktion gestattet.

65) **Guradze.** Ueber Klumpfuss- und Plattfussbehandlung. (Ebenda, Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24. 1913.)

G. redressiert nur manuell; bei schweren rezidivierenden Klumpfüssen gipst er bei recht- oder spitzwinklig gebeugtem Knie bis über die Hüfte ein. Anstatt der Ausmeisselung des Tarsus nimmt er periostale Sehnenüberpflanzung vor.

66) **Helle.** Ueber epidurale Injektionen bei Ischias. (Ebenda).

Der Spinalsack reicht bis zum 2. Sakralwirbel, von da ab ist ein extraduraler Raum; injiziert man in diesen, so wird nur indirekt der epidurale Raum von der Injektion getroffen. H. verwendet 100—150 ccm Kochsalzlösung bei schwersten Fällen, wenn alle andere Therapie versagt hat. H. glaubt, dass der Epiduralraum nicht zylindrisch gestaltet, sondern geteilt ist.

67) **Stein**-Wiesbaden. Zur chirurgischen Behandlung der Fascialislähmungen (Ebenda).

St. operiert bei der Fascialislähmung, um bei Ruhigstellung des Gesichts einen normalen Gesichtsausdruck zu erzielen, folgendermaassen: Ein 20 cm langer und 1½ cm breiter Streifen aus der fascia lata wird mit einer eigens zu diesem Zweck geformten Nadel um das os zygomatikum und die Oberlippe geführt. Ein Paraffinlager in der Lippe gibt festeren Halt und verhindert eine spitze Ecke der Faszie. Klar, München.

68) Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde, 21. 2. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1913.)

Herr **Klar**: Demonstration einer Subluxation des Oberarms infolge teilweiser Lähmung der Schultermuskulatur durch Muskelzug des teilweise erhaltenen m. pectoralis major. Durchleuchtungsbild. Therapie: Zunächst Massage und Elektrisationen, da unblutiger Repositionsversuch vergeblich war, später blutige Reposition und Arthrodese des Schultergelenks. Klar, München.

69) Wiener k. k. Gesellschaft der Aerzte, 2. 5. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1913.)

Herr **Engelmann**: Demonstration eines Mannes mit Kyphoskoliose, der nach Abbott behandelt worden ist. Klar, München.

Herr **v. Winiwarter**: Blutige Reposition einer angeborenen Luxation des linken Hüftgelenks bei einem 16jährigen Mädchen, leidlich guter Erfolg; die blutige Reposition gelingt in diesem Alter schon selten. Klar, München.

Herr **Wagner**: 20jähriges chondrodystrophisches Mädchen von 122 cm Körpergrösse, das durch Kaiserschnitt von einem ebenfalls chondrodystrophischen Kind entbunden wurde. Das Kind, bei der Geburt 48 cm lang und 3850 g schwer, zeigt starke Verkürzung der Extremitäten, Einziehung der Nasenwurzel, Ringelfalten an den Extremitäten; Vater normal. Klar, München.



70) **Blencke**: Der augenblickliche Stand der Frage der angeborenen Hüftverrenkung. (Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg, 27. 2. 13, Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1913.)

Bei einem Material von 407 Hüften bei 276 Patienten erzielte B. 96,3 % anatomische Heilungen und bei 87,7 % anatomisch und funktionell gute Resultate. In einem einzigen Fall gelang bei einem 4jährigen Mädchen mit doppelseitiger Lux. die Reposition nicht, die auch danach einer Autorität bei diesem Fall misslang. Vorstellung von 27 geheilten Fällen. Blutige Eingriffe sind bei Kindern im repositionsfähigen Alter nie notwendig.

71) **Haudeck**: Luxatio femoris centralis. (Wiener k. k. Gesellschaft der Aerzte, 9. 5. 13., Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1913.)

Ein Mann stürzte beim Abspringen von einem Eisenbahnwagen vor 1½ Jahren, konnte noch ein Stück gehen, brach aber dann zusammen. Man nahm wegen der Schwellung am Trochanter heftige Kontusion an. Jetzt steht das Bein in Aussenrotation, Beugung bis zu 60 Grad möglich, Ab- und Adduktion und Rotation gesperrt. Der Schenkelkopf befindet sich im Becken, es hat sich um ihn eine neue Pfanne gebildet. Geringes Hinken.

Klar, München.

72) **Bernhard.** Ueber Heliotherapie. (84. Versammlung des ärztl. Zentralvereins 26.—28. 6. 13. Korrespbl. für Schweiz. Aerzte, 43. Jahrg., Nr. 48, p. 1591.)

Im Anschluss an andere Vorträge über Heliotherapie am Oberengadiner Aerztetag bringt Vortr. in Erinnerung, dass er in den 90er Jahren als einer der ersten für die Sonnenbehandlung eintrat, ladet zur Besichtigung seiner „Sonnenklinik“ ein („Laternenzimmer“, treppenartiger Aufbau der Terrassen), und verteidigt seinen Standpunkt, im Interesse der Abkürzung der Heilungsdauer bei unbemittelten Patienten auch von ausgiebigeren operativen Eingriffen Gebrauch zu machen, die Heliotherapie kommt dann noch immer beim Heilungsprozess in kosmetischer Beziehung genügend zur Geltung. Er schlägt vor, für die Errichtung von Spezialvolkssanatorien für Patienten mit chirurgischer Tuberkulose zu plädieren, deren Heilung eine aussichtsreichere ist als bei Lungentuberkulösen, und einen grossen sozialen Wert repräsentiert. Von nicht gut ausgeheilten Knochentuberkulösen verfallen 20—25 % tödlicher Lungentuberkulose. Durch Heilstättenbehandlung und Heliotherapie nimmt nicht nur die Sterblichkeit bedeutend ab, sondern es heilen auch mehr Patienten mit Gebrauchsfähigkeit der Glieder aus, als bei der rein örtlichen chirurgischen Behandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

73) **Engelmann**, Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, 8. 5. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1913.)

1. 8jähriges Mädchen mit einer Knochenzyste (Ostitis fibrosa Recklinghausen) am oberen Ende des Femurschaftes, die eine Infraktion an der geschwächten Knochenstelle verursacht hat.

2. Mädchen mit Coxa vara infolge Caries colli femoris; die Durchleuchtung zeigt, dass Infraktion des kariösen Kollum eingetreten ist.

74) **Mayerhofer**, ebenda:

Säugling mit Osteopsathyrosis foetalis, im Durchleuchtungsbild Kallusbildung und Infraktionen an mehreren Knochen und zarte Kortikalis. Krepitation am rechten Oberschenkel. Es finden sich geheilte intrauterine Frakturen,



die durch abnorme Brüchigkeit der langen Röhrenknochen entstanden sind. Therapie: Phosphorleberthran.

75) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg, 20. 5. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1913.)

1. Fall von Littlescher Krankheit, bei dem an einem Fuss ein pes calcaneus spasticus eingetreten ist, infolge des Spamus der Plantarmuskeln nach querer Tenotomie der Achillessehne. P. rät daher, den Achillessehnenzug bei Little nicht ganz auszuschalten, sondern nur die Verlängerung nach Bayer zu machen.

2. Pseudofibulatumor: 27jähr. Arbeiter, im August 1912 leichtes Trauma des rechten Unterschenkels, im Oktober Schmerzen bei Belastung, lokalisiert im oberen Teil der Fibula. Harter Tumor der oberen Hälfte der Fibula, im Durchleuchtungsbild ein anscheinend im Markraum sitzender Tumor ohne Beteiligung des Periosts und ohne Knochenatrophie. Resektion des oberen Teils der Fibula und Ersatz durch ein 17 cm langes und 2 cm breites Tibiaperiostknochenstück; prima intentio, nach einem Vierteljahr Wiederaufnahme der Arbeit Der „Tumor" war ein mit sterilem Eiter gefüllter Hohlraum mit erdickter Kortikalis. Anamnese in bezug auf Osteomyelitis negativ.

3. Pseudorückenmarkstumor: 37jähriger Beamter, kurzer, dicker Thorax, Klagen über zunehmende Schwäche beim Gehen seit 3 Jahren, vor 13 Jahren Lues, ausreichende Kuren, WR. negativ, Hirnnerven normal, Hypalgesie von den untersten Brustwirbeln abwärts, Patellar- und Fussklonus Babinsky, kein Oppenheim, kein Mendel-Bechterew. Diagnose zweifelhaft zwischen Rückenmarkstumor und Kompression, bis Durchleuchtung zeigte, dass eine, sich unter der starken Adipositas verbergende, kurze, S-förmige rachitische Brustskoliose vorhanden war. Nach Entfettung und Anlegung eines Stützkorsetts schnelle Besserung der Kompressionserscheinungen. Klar, München.

76) **Enderlen,** Würzburger Aerzteabend, 11. 2. 13. (Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1913.)

Demonstrationen: 1. Traumatische Luxation der Patella nach aussen bei einem jungen Manne, in Narkose leicht zu reponieren.

2. Habituelle Luxation der Patella nach aussen bei einem jungen Mädchen, durch Operation geheilt.

3. Zerreisung des lig. collaterale fibulare, der Bizepssehne und der Gelenkkapsel, Heilung nach Naht.

4. Faszientransplantationen bei 2 Pat. mit Plattfuss, gute Erfolge.

5. 20jähriger Mann mit Brückenkallus nach Vorderarmbruch, Pro- und Supination fast vollkommen aufgehoben; Abmeisselung des Kallus, Interposition eines freien Fettlappens aus dem Oberschenkel, danach volle Beweglichkeit.

Personalien.

Prof. Dr. Ludloff in Breslau hat den Ruf als Nachfolger Joachimsthals nach Berlin abgelehnt und nach Frankfurt angenommen

Prof. Dr. Lange-München ist anlässlich der Einweihung des neuen Krüppelheims zum Geheimen Hofrat ernannt worden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Pr. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



(Aus der orthopädisch-chirurgischen Klinik von Prof. Dr. Vulpius, Heidelberg.)

Ein Fall von einseitigem, angeborenem Pektoralisdefekt.

(Von Dr. W. FRIEDRICH, I. Assistent.)

(Hierzu eine Abbildung im Text.)

Als kasuistischer Beitrag dieser an sich seltenen, in der Literatur jedoch schon häufig beschriebenen Deformität, möge die Mitteilung folgenden Falles dienen, der uns zufällig als Nebenbefund bei einer Untersuchung zwecks Begutachtung zu Gesichte kam.

Es handelt sich um einen 37 Jahre alten Maurer, der mir auf meine Frage, ob er Soldat gewesen sei, sagte, er sei wegen eines „angeborenen Schulterleidens“ frei gekommen, die nähere Betrachtung ergab dann den für diese Abnormität geradezu typischen Befund. Man sah auf der linken Seite bei seitlich erhobenem Arm direkt in die Achselhöhle hinein, der vom Pektoralis major normaler



Weise gebildete Wall fehlte nahezu vollständig, an Stelle dessen war eine dünne, sogenannte „Flughaut“ zwischen der 2. Rippe und dem Oberarm ausgespannt, wie auf der Abbildung deutlich zu sehen



ist. Genauere Untersuchung liess erkennen, dass vom Pektoralis major nur die claviculäre Portion vorhanden war, und dass der Pektoralis minor vollständig fehlte, sonst war ausser einer Verkleinerung und einem Höherstehen der linken Brustwarze kein abnormer Befund zu erheben, der knöcherne Thorax war absolut normal, es bestand keine Skoliose, kein Hochstand oder abnorme Kleinheit der linken Scapula, die Muskulatur der Schulter und des linken Armes war intakt, weder eine Schwäche oder Verkürzung des linken Armes noch eine Funktionsstörung war vorhanden.

Das besonders Interessante an diesem Fall und der eigentliche Grund, weshalb ich ihn zur Veröffentlichung für geeignet gehalten habe, ist der, dass dieser Mann trotz des Fehlens zweier an sich sehr wichtiger Muskeln alle Arbeiten eines Maurers anstandslos verrichten kann, er gab uns ausdrücklich an, er sei seit seinem 14. Lebensjahr bei seinem Beruf, und es gäbe nichts, was er nicht so leisten könne wie seine Arbeitskollegen.

---

1) **Vulpius** und **Stoffel.** Orthopädische Operationslehre. II. Hälfte. (1913. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart).

Die erste Hälfte der orthopädischen Operationslehre behandelte in vier grossen Abteilungen die Operationen am Muskelsystem: im Kapitel 1 und 2 die Operationen zur Verlängerung und zur Verkürzung der Muskeln, im Kapitel 3 die Muskel- und Sehnentransplantation und im Kapitel 4 eine Reihe von Weichteiloperationen, die der Orthopäde kennen und beherrschen muss.

Nach Jahresfrist ist die zweite Hälfte erschienen, sodass nunmehr das Gesamtwerk vorliegt.

Die erste Abteilung umfasst die Operationen am Nervensystem, und zwar zunächst die Eingriffe an den peripheren Nerven. 35 klare, z. T. farbige Abbildungen dienen dazu, den Leser in die anatomischen Verhältnisse der einzelnen Nervenstämme einzuführen. Es ist ein interessantes und vollkommen originelles Kapitel, das uns hier in fesselnder und zusammenfassender Weise dargestellt wird. Neben der äusseren Topographie der Nerven und des Operationsfeldes lernen wir die Topographie des Nervenquerschnittes, also seine innere Topographie, anschaulichst kennen.

Der spezielle Teil behandelt ausser den notwendigen blutigen Eingriffen bei Verletzung, bei Kompression und Entzündungsprozessen an Nerven zunächst die Nerventransplantation in ausführlicher Weise sowohl bezüglich ihrer Indikation und ihrer Technik im all-



gemeinen, als im besonderen an den einzelnen wichtigen Regionen der oberen und unteren Extremität.

Dann folgt die Stoffelsche Operation zur Beseitigung der spastischen Kontrakturen bei den zerebralen Hemiplegien und Diplegien. Auch hier illustrieren wieder wie im vorigen Kapitel Dutzende der schönsten Abbildungen die klaren und wichtigen Ausführungen.

Den Schluss dieses Kapitels bilden die Eingriffe am Zentralnervensystem, nämlich die Förstersche Operation und ihre Modifikationen.

In der zweiten und dritten Abteilung werden wir durch das grosse Gebiet der Operationen am Knochensystem und an den Gelenken geführt. 60 Abbildungen veranschaulichen zunächst die eingehende Besprechung der Osteotomie. Wir finden auch hier alles nur Wissenswerte: das Instrumentarium, die Schemata für die Lagerung der Knochenschnitte, die anatomischen Muskel-, Nerven- und Gefässverhältnisse an den leichter und schwerer zugänglichen Knochenpartien, vom Oberarm bis zum Handgelenk, von der Hüfte bis zur Fusswurzel.

Anschliessend kommen die orthopädischen Resektionen zur Besprechung in derselben Ausführlichkeit und Gründlichkeit, und der dritte Hauptteil umfasst das schwierige Gebiet der orthopädischen Operationen an den Gelenken, beginnend mit den blutigen Eingriffen am Hüftgelenk. Anatomische Vorbemerkungen, die an keiner Stelle fehlen, führen uns über die Punktion und die orthopädischen Resektionen zu der Technik der blutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung und der Arthrodese des Hüftgelenkes. Dann folgt gleich anschaulich das Kniegelenk mit besonderer Würdigung seiner blutigen Mobilisierung und der versteifenden Operationen. Dieselben Eingriffe sehen wir an den übrigen Gelenken vor unserem Auge in Wort und Bild vorüberziehen.

So schliesst das Buch mit der Darstellung der plastischen Operationen, mit den Operationen bei Spondylitis, der Laminektomie und der Punktion der kalten Abszesse.

Welche Fülle des Stoffes, welche Güte des Dargestellten. Man muss die Autoren wirklich beglückwünschen zu dieser restlosen Leistung. Es wäre verlockend, Einzelheiten aus dieser Menge des so trefflich Gegebenen hervorzuheben, aber wo dann anfangen, wo aufhören.

Unsere Erwartungen bezüglich des zweiten Teils sind also ganz



erfüllt und ich schliesse nunmehr im Hinblick auf das ganze, von der Verlagsbuchhandlung glänzend ausgestattete Werk: Das Buch bedeutet für die Orthopädie etwas Fundamentales, es wird von den jungen und alten Orthopäden mit Genuss und mit Genugtuung studiert werden; das Buch wird der Führer sein durch das grosse Gebiet der orthopädischen Operationen. Gocht, Halle a. S.

2) **Marcovici, Eugen** (Wien - Karlsbad). Der Einfluss des Fechtens auf den Organismus im allgmeinen, speziell auf die Zirkulation und Respiration. Seine Bedeutung für die körperliche Erziehung. Mit 1 Tabelle. (Zeitschr. für physik. und diätet. Therapie 1913, Bd. XVII, S. 546—558.)

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwicklung der Fechtkunst bringt Verfasser die Ergebnisse seiner Untersuchung, die er auf einer Tabelle übersichtlich darstellt. Es handelt sich um 32 Fechter (italienische Schule) des Wiener Residenz-Fechtklubs im Alter von 15—54 Jahren, gesund aussehende, gutentwickelte Männer, von kräftigem Knochenbau und guter Muskulatur, die fast sämtlich früher sehr schwächlich waren.

Es wurde Puls, Respiration, Blutdruck, Herz, Harnsekretion und Transspiration untersucht.

Der Puls stieg bis auf einige Ausnahmen nach anstrengender Fechtarbeit nie über 108. (Bei Wettläufern wurden 164, bei Wettruderern 250, bei Alpinisten 160—176 beobachtet; dabei handelte es sich natürlich auch um trainierte Leute!) Kollaps, Bigeminie oder Ermüdungspuls wurde nie beobachtet.

Die Respiration (in der Ruhe 12) stieg auf höchstens 20 bei anstrengendem Fechten. Bemerkenswert war der gute Einfluss des Fechtens auf den deformierten Thorax früherer Rachitiker.

Der Blutdruck war bei allen Fechtern normal. Die maximale Steigerung wurde von allen in den ersten Minuten erreicht und hielt während der ganzen Arbeit bis zur Einstellung oder bis zum Schweissausbruch an. Innerhalb einer Minute sank er bis auf oder etwas unter die Norm. Kompensierte Herzkranke reagieren weniger prompt, ebenso ältere Leute. Nach Wiederbeginn der Arbeit erreichen auch junge Leute das Maximum langsamer.

Die Herzuntersuchungen (perkussorisch, auskultatorisch, orthodiagraphisch, teleröntgenographisch) ergaben so gut wie keine Veränderung (cf. Verkleinerung des Herzschattens als Zeichen der Erschöpfung bei Radrennfahrern und Wettschwimmern) durch das Fechten. Bei 3 Herren bestand Mitralinsuffizienz und Myocarditis.

Die Diurese fand M. durchschnittlich herabgesetzt, das spez.



Gewicht erhöht. Eiweiss wurde nur in einem Fall (Lordose!) gefunden.

Der infolge der Fechtarbeit produzierte Schweiss erwies sich als toxisch (Muskelermüdungstoxine?) Diese Eigenschaft des Schweisses bei Muskelarbeit wurde schon früher nachgewiesen.

M. kommt zu dem Ergebnis, dass vernünftig — und dabei u. U. ganz intensiv — betriebenes Fechten den Körper nicht nur nicht schädigt, sondern im Gegenteil, in jeder Beziehung kräftigt und leistungsfähig macht, das Auge schärft, die Geistesgegenwart erhöht, die rasche Entschlussfähigkeit steigert, kurz, dass es — um ein modernes Schlagwort zu gebrauchen — zur körperlichen Ertüchtigung das wirksamste Mittel ist. Natzler, Mülheim-Ruhr.

3) **Lehrnbecher.** Beobachtungen beim Rudertraining. (Diss. Würzburg 1913.)

L., der selbst Ruderer ist, und als solcher ein Training für eine Ruderregatta mitmachte, berichtet in der vorliegenden Arbeit über die während der Trainingszeit an sich und seinen Mitruderern gemachten Beobachtungen, die sich auf Körpergewichtsveränderungen, auf Muskelmessungen, auf Veränderungen der Kreislauforgane und der Atmung, auf Temperaturmessungen, auf Urinuntersuchungen, auf Ermüdungsmessungen und auf Veränderungen der Psyche erstreckten. L. kommt auf Grund dieser seiner Untersuchungen zu der Ansicht, dass das Rennrudern einige Gefahren in sich schliesst und dass auch bei sorgfältiger Auswahl des Menschenmaterials gelegentlich Ueberanstrengungen des Herzens, nervöse Aufregungszustände und dergl. mit vorkommen können, die aber ein gut geleitetes Training stets überwinden wird. Blencke, Magdeburg.

4) **Salaghi, S.** (Bologna). Die Wirkung der Heilgymnastik auf die Blutzirkulation im Lichte der Hydrodynamik. Mit 1 Abbildg. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. 1913. Bd. XVII, S. 416—418.)

In Tierversuchen wurde bei Muskelarbeit fast immer eine Herabsetzung des Blutdrucks beobachtet, eine Erscheinung, die beim Menschen schwerer zu beobachten ist. Der Widerspruch ist jedoch nur scheinbar und beruht auf der verschiedenen Art der Untersuchung: durch das Sphygmomanometer wird der Blutstrom der untersuchten Arterie gehemmt und durch Umwandlung der lebendigen (Strömungs-) Kraft in Druck entsteht am Ort der Untersuchung ein „kinetischer Druckanteil“, der sich dem schon vorhandenen Druck hinzufügt und ihn infolgedessen höher erscheinen lässt, als er in Wirklichkeit ist. Der kinetische Druck ist bei Muskelarbeit



höher, als im Ruhezustand. Sein Maximum fällt mit dem systolischen Druck zusammen. Verf. beweist dies durch eine beigefügte Differentialgleichung noch mathematisch. Natzler, Mülheim-Ruhr.

5) **Förster** (Breslau). Uebungsbehandlung bei Nervenerkrankungen mit oder ohne vorausgegangene Operationen. (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie 1913. Bd. XVII. S. 403—415.)

Die Arbeit bildet den Schluss der früher in dieser Zeitschrift begonnenen Abhandlung über obiges Thema. Eine Reihe lehrreicher Abbildungen illustriert F's Ausführungen. Der ganze Artikel zusammen mit den Abbildungen gibt einen kurzen Ueberblick über die Methode F's.: Die praktischen zusammengesetzten statisch-kinetischen Leistungen (Stehen, Gehen, Aufstehen, Hinsetzen, Trepp-auf- und -absteigen, Greifen von Gegenständen) müssen geübt werden, nachdem eine genaue Analysierung der einzelnen Leistungen, eine Zerlegung in die einzelnen Kompenenten z. B. des Ganges, jede einzelne Elementarstörung festgestellt hat. Die Elementarstörungen lernt der Kranke durch willkürliche Innervation zu korrigieren und unter Zuhilfenahme des Gesichtssinnes korrigiert zu erhalten. F. nennt das „optische Kompensation und Uebung".

Wie F. seine Methode bei einzelnen Krankheiten anwendet, wie er z. B. bei der Tabes den gewöhnlich vorhandenen „Sensibilitätsrest" ausnutzt, um die Erregbarkeit der motorischen Zentren zu erhöhen, wie er die Aufgaben systematisch erschwert, wie in einem Fall von Friedreich'scher Ataxie die Steh- und Gehübungen vorgenommen werden, das muss man im Text und an den beigegebenen Bildern studieren.

Durch seine Uebungsbehandlung hält F. die Anwendung bestimmter Apparate, die über komplizierten Uebungen die Erlernung der wichtigsten Verrichtungen, wie Gehen und Stehen, versäumen oder nicht genügend fördern, für entbehrlich.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

6) **Schall.** Technische Neuheiten. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 17, 1913.)

1. Sperrschlusszange als Nadelhalter für chirurgische Zwecke, D. R. P. 253094, Verfertiger Martin Loth in Utrecht: Das Neue besteht darin, dass von den beiden lösbar miteinander verbundenen und zum Sperrschlusseingriff eingerichteten Zangenschenkeln der eine mit einem bügelförmigen Federungsgelenk versehen ist, so dass er als Federungsglied sowohl für die Offenspreizung der Zange als auch für die Auslösung des Sperrschlusses dient.



2. Eine künstliche Hand, deren mit dem Arm fest verbundener Daumen als Lager für die übrigen Finger dient. D. R. P. 253574, Verfertiger Fritz Nachtigal in Berlin. Der bewegliche Handrücken endigt in einem Hebel, der beim Andrücken an den Körper die Hand schliesst, während die Oeffnung selbsttätig durch Nachlassen des Drucks erfolgt.

3. Streck- und Lagerungsvorrichtung für orthopädische und Knochenbruchbehandlung von Gliedmassen unter Schutz, die eine ungehinderte Drehung des zu behandelnden Gliedes um die geometrische Achse des zugehörigen Körpergelenks zulässt. Die Vorrichtung, in der das zu behandelnde Glied eingespannt oder gelagert ist, ist um eine senkrechte Achse drehbar, so dass es möglich ist, den Körper so zu lagern, dass die Verlängerung der senkrechten Drehachse durch das Gelenk des Gliedes geht. D. R. P. 252963. Wilhelm van Galen, Rees a. Rh. Klar, München.

7) **Bley.** Ein neues Instrument zum Oeffnen der festen Verbände, speziell der Gipsverbände. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15, 1913.)

Beschreibung eines neuen, vergrösserten und verstärkten Modells des Hasselmannschen Gipshebelmessers, dessen Konstruktion sehr nötig war; der Winkel, den das Instrument mit dem Verband beim Gebrauch bildet, ist jetzt bedeutend vergrössert, und das Messer ist verstellbar zu grösserer oder geringerer Arbeitsbreite, je nach der Dicke des Verbands. Man kann jetzt die dicksten Verbände einhändig öffnen. Klar, München.

8) **v. Lorentz.** Röntgenaufnahmen mit lichtempfindlichem Papier. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 19, 1913.)

Am besten bewährte sich das „Schwerter-Negativpapier"; dieses ist besonders dünn und zeigt eine gewisse Transparenz, die bei anderen Bromsilberpapieren fehlt. Mit diesem Papier kann man Knochenaufnahmen mit feinster Struktur machen. Die Papieraufnahmen kosten nicht einmal den vierten Teil der Kosten der Plattenaufnahmen, so dass sie besonders da, wo bei einem Fall viele Aufnahmen gemacht werden müssen, wie z. B. bei der Kontrolle von Extensionsverbänden, zu empfehlen sind. Klar, München.

9) **Wendenburg.** Die Aetiologie der orthotischen Albuminurie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Tuberkulose. (Archiv f. Kind. LXII. Bd., 1, 2 Aufl.)

Als Ursache der orthotischen Albuminurie spricht Verf. eine mechanische Lordose oder infektiöse Läsion des Glomerulusapparates



an. Zwischen diesen beiden, selten rein vertretenen Einzelgruppen liegen die praktisch wichtigen Fälle von Zusammenwirkung beider Momente. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

10) **Stein.** Die Verwendung der Diathermie bei chirurgischen Erkrankungen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1913. 16.)

St. will in der vorliegenden Arbeit einen allgemein orientierenden Ueberblick über den heutigen Stand der Diathermiebehandlung bei chirurgischen Erkrankungen geben und erläutert zunächst ganz kurz die Theorie der Diathermieströme, die eine spezielle Art der Hochfrequenzströme sind, da deren Kenntnis natürlich die Grundlage zum Verständnis ihrer Anwendung und ihrer Indikationen bilden muss. Die konservative Behandlung mit Diathermieströmen ist eine lokale Wärme- und Hitzebehandlung, und zwar wird die Wärme im Körper selbst an der Stelle der Erkrankung erzeugt, wobei die Tiefe überhaupt keine Rolle mehr spielt, da wir ja durch die exakte Anlegung der Elektroden den Ort der Wärmeentfaltung und ihren Weg durchaus in der Hand haben, desgleichen auch nicht der Grad der anzuwendenden Wärme, die wir so lange steigern können, als die Haut dies verträgt, ohne Schaden zu nehmen. Die Behandlung ist nicht indifferent und deshalb ist Vorsicht geboten, um Brandwunden zu vermeiden, die nur sehr schlecht und langsam heilen und sich ähnlich wie die Verbrennungen mit Röntgenstrahlen verhalten. Vor allem sind es chronisch-rheumatische Erkrankungen der Knochen und Gelenke, die ein dankbares Feld für die Diathermiebehandlung darbieten, und zwar ist die Besserung voraussichtlich auf die Aufsaugung von vorhandenen Exsudaten, eventuell auch auf direkte Vernichtung der Krankheitskeime durch die Hitzeeinwirkung zurückzuführen, worauf wohl die guten Erfolge bei den gonorrhoischen Gelenkerkrankungen basieren. Sehr günstig wirkt auch diese Behandlung bei den chronisch-gichtischen Erkrankungen, bei der Arthritis deformans, wobei eine Kombination der Diathermie mit Radiumbehandlung in Form von Injektionen oder Kompressen wirksam zu sein schien. bei Pseudarthrosen, traumatischen Gelenkversteifungen, akuten und chronischen Schleimbeutelentzündungen und ähnlichen Erkrankungen mehr, während sich die tuberkulösen Gelenkerkrankungen dagegen nicht für die Thermopenetration eignen.

Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit der operativen Diathermiebehandlung, bei der wir uns die Aufgabe stellen, mit Hilfe des künstlich erzeugten Temperaturgrades direkt zerstörend auf die zu behandelnden Gewebsteile einzuwirken. Da es sich hierbei in der Hauptsache um die Zerstörung bösartiger Geschwülste



handeln dürfte, können wir es uns wohl ersparen, hier an dieser Stelle näher darauf einzugehen. Blencke, Magdeburg.

11) **F. Kopecký.** Erfahrungen mit der Thermopenetration. (Casopis lékařův českých. 1913, Nr. 10.)

Der Autor berichtet über gute Erfolge bei Gelenkrheumatismus (speziell bei subakuten und subchronischen Fällen), bei Muskelrheumatismus, bei gonorrhoischer Arthritis, Gicht (insofern es sich nicht um alte, fixierte Veränderungen handelt) und bei vielen Neuralgien, speziell bei Ischias. Bei deformierender Arthritis und primärer chronisch-progressiver Polyarthritis erzielte er manchmal Besserungen, die allerdings nur vorübergehend waren. Die Diathermie lindert zuerst die Schmerzen und bringt die Schwellung zum Schwinden. G. Mühlstein, Prag.

12) **Bergeat.** Zur Behandlung granulierender Wunden. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913.)

B. empfiehlt, granulierende Wundflächen mit trockenem, warmen oder kalten Luftstrom aus dem „Föhn"-apparat zu behandeln. Schon nach einer Sitzung von 5 bis 10 Min. Dauer verwandelt sich die gequollene, missgefärbte Wundfläche in eine gleichmässig flache, spiegelnde, frisch aussehende, die Heilung wird erheblich beschleunigt, so dass da, wo medikomechanische Nachbehandlung notwendig ist, diese viel früher begonnen werden kann. Die Sitzungen sind täglich vorzunehmen. B. fordert zur Nachprüfung auf. Klar, München.

13) **Tubby.** A new method of dealing with scars by multiple incisions and thiosinamin. (The Brit. med. Journ., 1. XI. 13, p. 1138.)

V. macht in Narbengewebe nahe beieinander horizontale Einschnitte (transversal zu den Keloidsträngen), die auch bis in die benachbarte gesunde Haut reichen müssen. Die Blutung wird durch Tupfen gestillt. Dann wird eine Thiosinaminlösung (Fibrolysin) fest in die Wunden eingerieben. In einem Fall (über 60 Jahre alt) trat darauf starkes Herzklopfen ein. Nachher wird die Extremität in grösstmöglicher Extension auf eine Schiene fixiert. Es bestehen merkwürdigerweise keine Schmerzen dabei. Nach 10—14 Tagen sind die Wunden geheilt, in 50 % das Narbengewebe mobil geworden. Die Operation wird 3, 4 mal wiederholt, worauf die Erweichung der Narben eine vollkommene und die Beweglichkeit der Finger wieder hergestellt ist. Ueber 1 Dutzend Fälle (darunter auch die Dupuytrensche Kontraktur) wurden erfolgreich so behandelt.

Spitzer-Manhold, Zürich.



14) **Polàk, O.** Erfahrungen mit der Behandlung des Erysipels mit Antidiphtherieserum. (Lèkařskè Rozhledy. XX. (II.) Nr. 3.)

Der Autor berichtet über 7 Fälle von Erysipel, die er im serbisch-türkischen Kriege behandelt hatte. Es handelte sich teils um gemeines, teils um traumatisches Erysipel. Alle Fälle genesen nach der Injektion von Antidiphtherieserum überraschend schnell. Die Anfangsdosis muss mindestens 3000 I. E. betragen; am nächsten Tage kann man 1000—2000 I. E. nachschicken.

G. Mühlstein, Prag.

15) **Rocyn Jones.** The free air treatment of skin grafts. (The Lancet, 29. XI. 13, p. 1536.)

Neue Behandlung eines Hauttransplantats: eine Art Schutzbrücke aus Metalldraht und Gaze wird über das transplantierte Hautstück gestülpt, weit ab von den Transplantatsrändern. Gute Austrocknung durch die zirkulierende Luft. Am 5. Tage Verbandwechsel, Entfernen trockener Borken an den Rändern. Die Brücke selbst wird in Ruhe gelassen, nie Waschungen irgend welcher Art. In 3 Wochen gewöhnlich vollständige Heilung. Sehr gute Erfolge.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Marcuse.** Das Heilverfahren während der Wartezeit bei Unfallverletzten. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1913. 16/17.)

M. bespricht zunächst die grosse Bedeutung der vom R. V. A. an die Berufsgenossenschaften gerichteten Leitsätze über das Heilverfahren während der Wartezeit auch für die Aerzte, die an der Erreichung des von jenem erstrebten Zieles eines durchgehend wirksamen Heilverfahrens nicht weniger interessiert sein sollten als die Berufsgenossenschaften. Er sucht sodann die in scheinbarem Widerstand hierzu stehende Tatsache, dass das R. V. A. sich mit diesen Leitsätzen nur an die Berufsgenossenschaften und nicht auch an die Aerzte gewandt hat, zu erklären teils durch das der Bedeutung der Frage noch nicht entsprechende Interesse der Aerzte, wofür er die Gründe ausführlich erörtert, teils dadurch, dass die Leitsätze in ihrer vorliegenden Form auch nicht geeignet erscheinen, den Aerzten Richtlinien für ihr Verhalten in dieser Frage geben zu können. Im dritten Teil seiner sehr lesenswerten Arbeit, deren Studium vor allen Dingen jedem Praktiker nicht dringend genug empfohlen werden kann, versucht er dann zu zeigen, dass wir Aerzte imstande sind, unter vollster Würdigung der in den Leitsätzen zum Ausdruck kommenden Gesichtspunkte, aber auf andere Weise als es in ihnen geschieht, nämlich durch ein in jedem Fall



baldmöglichst zu erstattendes, ganz bestimmte Gesichtspunkte berücksichtigendes, informatorisches Gutachten zu einer möglichst sicheren Beurteilung einer jeden frischen Verletzung zu kommen, sodass die Berufsgenossenschaften auf Grund dieser Beurteilung die Frage der Uebernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit nicht nur prüfen, sondern mit grösstmöglichster Sicherheit, eventuell unter Hinzuziehung ihres Vertrauensarztes, entscheiden können.

Blencke, Magdeburg.

17) **Ogiloy.** Recent progress in orthopedic surgery. (The New York med. Journal, Vol. XCVIII, Nr. 21, p. 997.)

Verf. gibt eine Uebersicht der Fortschritte auf dem Gebiet der Orthopädie in den letzten 20 Jahren: Behandlung der akuten Kinderlähmung (Arthrodesen, Sehnenüberpflanzung, Sehnenverlängerung durch Teilung oder durch Seiden- und Drahtersatz, Nerventransplantation — und Anastomose — noch im Versuchsstadium), der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Lorenz), der Pottschen Krankheit (Albee), Mobilisierung ankylosierter Gelenke nach Baer (Baltimore): Umkleiden der befreiten Gelenksenden mit chromisierter Schweinsblase, darauf frühe Mobilisierung; Skoliosenbehandlung nach Abbott. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Hall.** Orthopedics and the sanatorium. (The Boston med. Journ. Vol. CLXIX, Nr. 19, p. 678.)

Für neurasthenische Patienten, die oft auch an einer Enteroptose leiden, ist orthopädische Behandlung während eines Sanatoriumaufenthaltes (Gymnastik, Massage) von grossem Vorteil für das Allgemeinbefinden. Verf. gibt die in seinem Sanatorium üblichen Matratzenlager zur Modifikation verschiedener falschen Muskelstellungen an, die durch verschiebliche Polster je nach Bedarf die eine oder andere schwache Muskelgruppe unterstützen. Die Patienten müssen täglich stundenlang auf diesen Matratzen liegen. Ferner hat Verf. die „Arbeitskur“ eingeführt, um Patienten Freude an eigener Hände Werk beizubringen: es werden Backsteine aus nassem Sand und Zement geknetet, Stoffe an Handwebstühlen hergestellt. So soll das Vertrauen der Kranken an die eigene Arbeitskraft gehoben werden und das Bewusstsein, nützliche, verkaufbare Dinge produzieren zu können. Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Oberst.** Die Anwendung der lokalen Anästhesie in der ärztlichen Praxis. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1913, 17.)

O. gibt einen kurzen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Frage der lokalen Anästhesie. Die Arbeit ist für den



praktischen Arzt geschrieben, der sich mit dieser Materie vertraut machen soll, und bringt daher für den Facharzt nichts Neues.

Blencke, Magdeburg.

20) **Hohmann.** Meine Erfahrungen mit der Stoffelschen Operation bei spastischen Lähmungen. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913.)

H. berichtet über gute Erfahrungen, die er mit der Nervenresektion bei Fällen von spastischen Lähmungen gemacht hat. Er betont die grosse Wichtigkeit der langdauernden Nachbehandlung. Zweimal beobachtete er neuralgiforme Schmerzen, einmal 5—6 Tage nach der Operation, einmal nach 2 Wochen. Die Nähte dürfen nicht zu früh entfernt werden, da sonst Keloide entstehen; H. beginnt mit der Nachbehandlung nach 2—3 Wochen. Indiziert ist die Operation bei Little, zerebralen Hemiplegien und auch bei spastischen Kontrakturen nach Apoplexie bei Erwachsenen, ungeeignet sind alle Fälle, bei denen choreatische Bewegungen, Hydrozephalus oder Idiotie vorhanden sind. Bei Fällen, bei denen ausser den Spasmen schlaffe Muskellähmungen bestehen, rät H. Nervenplastik nach Stoffelschen Prinzipien zu machen. H. gibt der Stoffelschen Operation einen grossen Vorzug vor der Försterschen, vor allem wegen ihrer Ungefährlichkeit, und glaubt, dass die neue Operationsmethode als ein sehr nennenswerter Fortschritt in der Nervenchirurgie anzusehen ist.

Klar, München.

21) **Löwy.** Ein Fall von foudroyanter Poliomyelitis beim Erwachsenen. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. u. Kinderh. in Wien, 1913, 3.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines 29jährigen Mannes, der plötzlich mit Fieber und Schüttelfrost erkrankt und grosse zunehmende Schwäche zeigt, die allmählich zur Parese beider unterer Extremitäten bei erloschenen Reflexen führt. Unter den Zeichen von fortschreitender Lähmung tritt am dritten Tage der Exitus ein. Die Sektion ergab: Schwellung und Hyperämie der Vorder- und zum Teil auch der Hinterhörner im Bereiche des Cervical- und Lumbalmarkes, Verwischung der Rückenmarkzeichnung im Querschnitt. Mässiges Oedem des Gehirns, Hyperämie der Leptomeningen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt als wichtigstes Ergebnis kleinzellige perivaskuläre Infiltrationen vorwiegend lymphatischer Natur, besonders im Bereiche der Gebiete der Vorderhörner. Diese Tatsache spricht für die Richtigkeit der Anschauungen von Wickmann, Römer, Zappert u. a., die im Gegensatze zu Charkot die Poliomyelitis für einen vorwiegend infiltrativen perivaskulären Prozess ansehen.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

22) **Deutsch.** Ein Fall von abgelaufener Poliomyelitis anterior acuta. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. und Kinderheilk. 1913, 1.)

Ein 39jähriger Patient erkrankt plötzlich mit Fieber, Schüttelfrost und grossen Schweissausbrüchen und hochgradigen Schwächezuständen in den Armen und Beinen, die im Verlaufe von 5 Tagen zu einer vollständigen schlaffen Lähmung der oberen und unteren Extremitäten, sowie der Bauch- und Rückenmuskulatur führt. Die Reflexe waren völlig erloschen, die Sensibilität erhalten. Die Lumbalpunktion zeigt erhöhten Eiweissgehalt, doch keine Zellvermehrung in der Punktionsflüssigkeit. Die wiederholt vorgenommene Wassermann'sche Reaktion war negativ, die elektrische Untersuchung ergab Entartungsreaktion der gelähmten Muskeln.

Unter Ergotin-Atropin-Injektionen besserte sich der Zustand erheblich. Die Behandlung war zur Zeit noch nicht abgeschlossen.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

23) **Magruder.** Infantile paralysis affecting the lower extremities; its surgical treatment and possibilities o cure. (The New York med. Journ., Vol. XCVIII, Nr. 19, p. 908.)

Die Kinderlähmung ist jetzt ziemlich sicher als Krankheit erwiesen, deren Erreger, ein globuläres Wesen von 0,15—0,3 Mikren Durchmesser in frischen Kulturen beobachtet werden kann, durch den Stich der Stallfliege ins Blut oder durch Staub in die oberen Nasalmuscheln gelangt, von dort über die perivaskulären Lymphräume, die den Olfaktorius begleiten, direkt an die Leptomeningen und in die Cerebralflüssigkeit. Die Toxine bevorzugen das Nervensystem, besonders die respiratorischen Nervenzellen (Paralyse derselben oder Zerstörung und Tod). 50 % der Kinderlähmungen beschränken sich auf die unteren Extremitäten. Eine eigene Beobachtung des Verf. wird mitgeteilt. Er transplantierte bei dem gelähmten Negerkinde die Bizepssehne auf die Patella und führte am Fussgelenke statt einer Arthrodese eine doppelte Fixation mittels Schrauben aus. Diese können später entfernt werden, wirken aber auch so nicht als Fremdkörper, da sie durch keine Infektion reizwirkend gemacht werden. Die Nachbehandlung war eine sehr sorgfältige und bestand in aktiven Gehübungen in freier Luft an einem extra konstruierten Laufsteg mit Handgeländern, in dem der kleine Neger parallel auf dem Boden gezogenen Stricken nach laufen musste.

Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Wolf.** Die multiple Sklerose im Kindesalter. (Diss. Bonn 1913.)

W. bringt zunächst eine Kasuistik von 19 bisher veröffentlichen



Fällen, gibt sodann einen kritischen Ueberblick über die Aetiologie, Symptomatologie, Differentialdiagnose und pathologische Anatomie und berichtet dann im Anschluss hieran über einen eigenen Fall von multipler Sklerose im Kindesalter, bei dem als ätiologisches Moment eine intrauterin eingetretene, akute Infektion zu bezeichnen ist und der Symptomenkomplex sowie die Verschlimmerung des Leidens und das Fehlen eines ersichtlichen Stillstandes für eine multiple Sklerose sprechen. W. kommt zu dem Ergebnis, dass die disseminierte Herdsklerose mit ihrem anatomisch wie auch klinisch typischen Krankheitsbild schon im Kindesalter auftreten kann, dass sie häufig nach akut fieberhaften Erkrankungen beobachtet wird und dass Uebergangsformen notwendig bestehen müssen zwischen den akuten enzephalomyelitischen Formen und den chronisch beginnenden oder in Schüben verlaufenden Fällen von multipler Sklerose. Blencke, Magdeburg.

25) **Paskert.** Multiple Sklerose und Trauma. (Dissert. Kiel 1913.)

P. berichtet in eingehender Weise über einen Fall von multipler Sklerose nach Trauma, bei dem mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die bei der Frau festgestellte multiple Sklerose mit dem erlittenen Unfall in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist. Die notwendigen Forderungen, schwere Erschütterung des Nervensystems und zeitlicher Zusammenhang, völlige Gesundheit der Verletzten vor dem Unfall und Ausschluss jeder anderen Ursache waren erfüllt. (Ein Fall, den der Ref. in der Monatsschrift für Unfallheilkunde vor Jahren veröffentlicht hat, scheint dem Verf. entgangen zu sein.) Blencke, Magdeburg.

26) **Hans Ritter von Hattingberg.** Multiple Sklerose mit Muskelatrophien. (Dissert. München 1913.)

Den Anlass zu der vorliegenden Arbeit gab der Umstand, dass nach der herrschenden Lehrmeinung das Auftreten von Muskelatrophien nicht zum typischen Krankheitsbilde der multiplen Sklerose gehört, sondern dass diese von den meisten Autoren zu den ungewöhnlichen seltenen Symptomen gerechnet werden. Verf. hält deshalb die Vermehrung der diesbezüglich gar nicht umfangreichen Kasuistik um vier weitere Fälle um so mehr für gerechtfertigt, weil in neuerer Zeit von französischen Autoren der Versuch gemacht wurde, für derartige Fälle unter der Bezeichnung „forme amytrophique“ als einer Unterart der multiplen Sklerose eine gewisse klinische Sonderstellung zu beanspruchen. Blencke, Magdeburg

27) **Carmichael.** On elephantiasis neuromatosa. (The Edinburgh med. Journ., Vol. XI., Nr. 5, p. 420.)



Verf. teilt 3 Fälle von kongenitaler Elephantiasis auf neurotischer Basis bei einer Mutter (beide Beine) einem Kind (Schwellung der linken Leiste) und dessen jüngstem Schwesterchen (Dickenzunahme des rechten Beines) mit. Die Erkrankung beruht auf Hyperplasie des endoneuralen Bindegewebes zwischen den einzelnen Nervenfibrillen. Das Perineurium ist oft an dieser Hyperplasie beteiligt. Ob die Nervenfasern selbst degenerieren und sich verändern, ist nicht bekannt. Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Stein, Albert, E.** Die kosmetische Korrektur der Fazialislähmung durch freie Faszienplastik. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913.)

Um die Entstellung des Gesichtes in der Ruhelage bei der Fazialislähmung zu beseitigen, implantierte S. einen $^{1}/_{2}$ cm breiten und 20 cm langen Faszienstreifen in die Wange, nachdem er 3 Wochen vorher ein „Widerlager" für die Faszie am Mundwinkel dadurch geschaffen hatte, dass er etwa $^{1}/_{4}$ ccm Paraffinmischung vom Schmelzpunkt 50 in die Gegend seitlich und oberhalb des rechten Mundwinkels, etwa $^{1}/_{2}$ cm vom Mundwinkel selbst entfernt, injizierte. Von einem Schnitt von $2^{1}/_{2}$ cm Länge oberhalb des Jochbogens wurde mit einer besonderen Nadel die Wange zweimal bis zum Mundwinkel, bezw. bis zu dem Paraffindepot durchstochen; dann wurde der Faszienstreifen um das Paraffindepot herum durch die beiden Kanäle gezogen, und seine beiden freien Enden am Jochbogen vereinigt und dort mit dem Periost vernäht. Guter kosmetischer Erfolg. Klar, München.

29) **Schick.** Zwei Fälle von familiärer spinaler Muskeldystrophie. (Beibl. z. d. Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. und Kinderhk. in Wien, 1913, 2.)

Bei zwei Geschwistern nimmt nach anfänglich ungestörter, ja auffällig guter Entwicklung aller Funktionen am Ende des ersten Lebensjahres allmählich das Gehvermögen ab. Die Knochen werden atrophisch, die Muskulatur des Beckengürtels und der unteren Extremität dünner und schwächer, im weiteren Verlaufe schreitet die Erkrankung auf die Muskulatur der oberen Extremitäten und des Schultergürtels fort. Die Lähmungen sind schlaff, die elektrische Erregbarkeit völlig erloschen. Verfasser zählt den Fall zum Bilde der spinalen Muskelatrophie vom Typus Werdnig-Hoffmann.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

30) **Mark Jansen** (Leiden). Spierbundellengte en neurogene contracturen. (Ned. Natur. en geneesk. Congres. Delft 1913.)

R. betont auf Grund einer eigenen Untersuchung, dass das



Weber-Ficksche „Gesetz“, demzufolge die Länge der Muskelbündel zweimal die grösstmögliche Verkürzung beträgt, unrichtig ist. Ausser dem Verkürzungswege hat u. a. die Kraft Einfluss auf die Bündellänge. Die (kräftigen) Distatoren oder distierenden Muskeln sind stark gefiedert und doppeltgefiedert, und deswegen kurzbündlig. Ihre relative Bündellänge variiert zwischen 0,85 : 1 bis 1,61 : 1. Die (schwachen) Proximatoren oder proximierenden Muskeln sind nicht oder kaum gefiedert, und haben lange Bündel, welche zwischen 1,61 : 1 und 2,26 : 1 variieren.

Sobald nun die zentrale Regulierung des Muskeltonus zerstört ist, haben sämtliche Muskelbündel die Neigung zur proportionalen Längenänderung: zur proportionalen Verlängerung bei hypotonischen Zuständen, umgekehrt zur proportionalen Verkürzung bei hypertonischen Zuständen. In dieser Weise erklärt R. die Proximationskontrakturen bei Pyramidenbahnerkrankungen, die Distationskontrakturen bei der Tabes dorsalis. Autoreferat.

31) **Patterson.** The intravenous treatment of rheumatic fever. (The New York med. Journal, Vol. XCVIII, Nr. 18, p. 870.

Eine zufällig entdeckte Methode zur Behandlung von Rheumatismus besteht nach Dr. Mc. Duffie in intravenösen Injektionen von salicylsaurer Soda, Guajacol und Glyzerin. Bei akuten, subakuten und chronischen Rheumafällen ausprobiert. 1/2 Stunde nach der Injektion tritt für 4—10 Stunden profuser Schweiss auf. In den ersten 24 Stunden wird noch 3 stündlich salicylsaure Soda per os gegeben. Für 18 Stunden wird flüssige Diät eingehalten. Abführmittel (salinische Wässer). Nach 4 Tagen Heilung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Schemensky.** Zur Frage der Chondrodystrophia foetalis und ihrer Begrenzung gegen andere äusserliche ähnliche Wachstumsanomalien. (Diss. Jena 1913.)

Sch. gibt zunächst eine kurze Literaturübersicht in zeitlicher Reihenfolge, wobei er im grossen und ganzen das klinische und pathalogisch anatomische Bild der Chondrodystrophia zeichnet, um dann nochmals zusammenfassend das Wesen dieser Erkrankung zu schildern. Im Anschluss hieran berichtet er über zwei selbst beobachtete Fälle, die ihm noch aus dem besonderen Grund erwähnenswert erscheinen, als es sich um Zwillinge handelt. In der ziemlich umfangreichen, dem Verfasser zur Verfügung stehenden Literatur hat er keinen Fall von chondrodystrophischen Zwillingen finden können, woraus zum mindesten ein seltenes Vorkommen dieser Varietät hervorgehen dürfte. Dem Bericht, dem eine Reihe

gut gelungener und instruktiver Röntgenabbildungen beigegeben sind, folgt dann zum Schluss noch die Besprechung der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen.

Blencke, Magdeburg.

33) **Mayerhofer.** Osteopsathyrosis foetalis bei einem Neugeborenen (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, 6.)

Ein neugeborenes Mädchen zeigte kurze, stark verkrümmte Extremitäten, die wie bei einer Lähmung völlig ruhig gehalten werden. An einzelnen Stellen fühlte man deutlich Krepitation. Die Röntgenuntersuchung zeigte multiple Knochenbrüche an den langen Röhrenknochen mit Bildung von Kalluswucherungen; die Kortikalis erscheint dünn, der Knochenschaft wenig dicht. Es handelt sich um einen Fall von Osteopsathyrosis foetalis. Therapeutisch gelangte Phosphorlebertran zur Anwendung. Ueber den Erfolg der Therapie kann noch nicht berichtet werden.

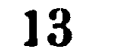
Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

34) **Klose.** Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Bd. XII. Nr. 7.)

Die Beobachtung von vier Patienten mit idiopathischer Osteopsathyrose gibt dem Verfasser Gelegenheit, das einheitliche klinische Bild dieser Erkrankung zu beschreiben und sie differentialdiagnostisch gegen die Rachitis tarda, die verschleppte Rachitis und die infantile Osteomalazie abzugrenzen. Die Röntgenbefunde von 3 Fällen stimmen mitLoosers pathologisch anatomischen Untersuchungen gut überein. Die Diaphysen der langen Röhrenknochen, besonders der Fibula sind schmächtig, während das Längenwachstum keine Beeinträchtigung erfahren hat; die Kortikalis ist abnorm dünn, der verminderte Kalkgehalt lässt sich an der starken Strahlendurchlässigkeit erkennen. Die im Röntgenbilde sichtbare Atrophie der Struktur lässt sich mit der körnig-krümeligen Verkalkung der Grundsubstanz in Einklang bringen.

Beim 4. Falle konnte, da zwecks Korrektur eines Unterschenkels eine Keilosteotomie vorgenommen wurde, das exzidierte Knochenstück anatomisch untersucht werden. Die Veränderungen, die sich hier zeigten, waren solche, die sowohl der Rachitis wie der Ostoemalazie zukommen, doch war ein sicheres Entscheiden der Frage, welcher Krankheitsform der Fall — dessen klinische Erscheinungen genau die der Osteopsathyrosis waren — zuzurechnen sei, unmöglich, solange nicht die Vorgänge der enchondralen Ossifikation genau studiert werden konnnten.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.



35) **Kahler.** Ein Fall von klimakterischer Osteomalazie mit Tetanie. (Mitt. d. Ges. f. Innere Med. und Kinderhk. in Wien, 1913, 5.)

Bei einer 52jährigen Virgo, deren Menses seit 6 Monaten sistieren, stellten sich starke rheumatische Schmerzen, zuerst in den oberen, dann in den unteren Extremitäten ein. Dazu trat grosse Schwäche dabei und völliger Zahnausfall in kurzer Zeit. Patientin zeigt verschiedene degenerative Stigmata, ausserdem eine Mitralstenose und ausgeprägte Symptome von Osteomalazie. Sie hat eine starke Kyphoskoliose, Deformitäten des Thorax und eine typische Veränderung des Beckens. An nervösen Symptomen hat Patientin gesteigerte Reflexe und Paresen beider Unterextremitäten, daneben bietet sie Erscheinungen von Tetanie, was Verfasser zu Betrachtungen über einen möglicher Weise bestehenden Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen anregt.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

36) **Degenhardt.** Kasuistischer Beitrag zur Klinik der solitären Knochenzysten. (Diss. Würzburg 1913.)

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Knochenzysten lässt D. die ausführliche Krankengeschichte eines solchen Falles folgen, bei dem im oberen Drittel des linken Femur eine Knochenzyste gefunden wurde. Da nach dem Röntgenbilde, das der Arbeit beigegeben ist, nur die äussere Corticalis verdünnt erschien, die innere und die Linea trochanterica aber noch sehr kompakt, so beschränkte man sich zunächst auf eine Auskratzung der Zyste. 17 Tage nach der Operation brach der Oberschenkel unter einem lauten Krach in dem Moment, als sich der Patient mit dem Oberkörper zum Bett herausbeugte, um die Urinflasche zu holen. Fünf Wochen später war vollständige Konsolidation erfolgt. Diesem selbst beobachteten Fall lässt dann D. noch einen kurzen Bericht über 50 Fälle aus der Literatur bis 1912 folgen.

Blencke, Magdeburg.

37) **Mautner.** Ein Fall von multiplen Exostosen. (Mitt. d Ges. f. Inn. Med. und Kinderh. in Wien, 1913, 2.)

Vorstellung eines 5jährigen Knaben mit multiplen Exostosen die grösstenteils an den Diaphysenenden der Röhrenknochen liegen. Hereditäre Belastung liegt in diesem Falle nicht vor.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

38) **Ruhemann, Konrad** (Berlin). Zur Kasuistik der syphilitischen Spontanfrakturen. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1913, Nr. 17, S. 357—359.)

Ein 68jähr. Mann war auf der Treppe zu seiner Arbeitsstelle



ohne erkennbare Ursache zu Fall gekommen und hatte sich einen Oberschenkelbruch zugezogen. Das Röntgenbild zeigte riesige Knochenwucherungen am rechten Oberschenkel und die Fraktur im oberen Drittel. Wassermann stark positiv.

Der Gutachter lehnte einen Betriebsunfall ab, da es sich unzweifelhaft nach dem Röntgenbild und dem positiven Wassermann um eine syphilitische Spontanfraktur handelte, der Verl. nicht über ein Hindernis auf der Arbeitsstätte oder durch übermässig schwere Arbeit zu Fall gekommen war.

Die Berufsgenossenschaft lehnte auf Grund des Gutachtens die Gewährung einer Rente ab.

Das Oberversicherungs- sowie das Reichsversicherungsamt wiesen den dagegen erhobenen Einspruch zurück. Natzler, Mülheim-Ruhr.

39) **Groves.** On the treatment of compound and comminuted fractures. (The Brit. med. Journ., 25. X. 13, p. 1079.)

V. probierte bei Tieren einen Fixationsapparat für Knochen aus, ähnlich den Laneschen Platten. Zwei Metallstäbe durchbohren den lädierten Knochen, werden durch Transversalstäbe an Ort und Stelle gehalten. Bis 10 Wochen kann man ihn liegen lassen, ohne dass er als Fremdkörper wirkt. Klinisch wurde dieser Apparat auch schon bei komplizierten Unterschenkelfrakturen erfolgreich angewendet, die Heilung trat ohne Verkürzung ein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Wolf, Wilhelm** (Leipzig). Ueberanstrengungsperiostitis und Spontanfrakturen in der Armee. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1913, H. 14, S. 548—552.)

Periostitis infolge von Ueberanstrengung wird von den Militärärzten häufig beobachtet. Sie kommt hauptsächlich am Oberschenkel und Unterschenkel vor und wird durch Zerrung der Muskulatur am Periost (Wolf) oder Erschütterung des Femurschafts beim Ueben des „langsamen Schrittes“ auf hartem Boden (Düms) verursacht. Diese Ueberanstrengungsperiostitis ist nach W. imstande die Blutversorgung des Knochens so zu verändern, dass es hierdurch zu einer Schädigung des Knochens und damit verhältnismässig leicht zu Spontanfrakturen kommen kann.

Verf. hat einen derartigen Fall beobachtet, bei dem röntgenologisch die Periostitis und die Fraktur festgestellt und andere ätiologische Faktoren einer Spontanfraktur ausgeschlossen worden waren.

W. ist der Ansicht, dass in der Armee die Ueberanstrengungsperiostitis eine der wichtigsten Ursachen der verhältnismässig häufig vorkommenden Spontanfrakturen bildet. Natzler, Mülheim-Ruhr.



41) **Havenstein.** Zur Aetiologie der chronischen Arthritiden. (Diss. Bonn 1913.)

H. will in der vorliegenden Arbeit den Begriff der chronischen Arthritis im weitesten Sinne des Wortes gefasst und mit Ausnahme der Arthritis urica und der Tuberkulose jede Gelenkerkrankung einbegriffen wissen, die eine stetige Progredienz des Verlaufs zeigte und patholisch-anatomisch nachweisbare Veränderungen der Gelenkknorpel, der Synovialis und der knöchernen Gelenkenden aufweist. Er hat 174 derartige Fälle auf der Bonner med. Universitätsklinik zusammengestellt und fand den Beginn des Leidens am häufigsten in das dritte Lebensjahrzehnt fallend. Eine Beteiligung des weiblichen Sexualapparates bei der Aetiologie ist nicht ganz zu bestreiten, sie scheint aber dem Verf. keineswegs allzuhoch eingeschätzt werden zu dürfen. Der Prozentsatz der sekundären Arthritiden, die nach einer luetischen, gonorrhoischen, Pneumokokken-Infektion usw. auftraten, und ebenso nach einem akuten Gelenkrheumatismus, war kein grosser. Die weit grössere Anzahl der Fälle war die, bei denen weder ein spezifischer Erreger, noch speziell der weibliche Sexualapparat eine Rolle spielten, sondern bei deren Aetiologie männliches und weibliches Geschlecht in gleicher Weise in Betracht kamen. Bei diesen Fällen standen als aetiologische Momente die Einwirkung von Feuchtigkeit, Kälte und Erkältungen obenan; auch die Stoffwechselkrankheiten, Gicht und Diabetes, spielten eine gewisse Rolle, und dem Ausbruch der Krankheit unmittelbar vorausgegangene Anginen fanden sich bei 2,3% aller Kranken, ein Punkt, auf den ja auch schon von vielen Autoren wiederholt hingewiesen worden ist. Auch die rheumatische Disposition scheint dem Verf. nicht ganz bedeutungslos zu sein, da er in 6,3% aller seiner Fälle ein solches Vorkommen von arthritischen Erscheinungen in der Familie der Kranken fand. Nicht ganz selten scheinen auch gewisse Blutkrankheiten in irgend einem Zusammenhang mit der chronischen Arthritis zu stehen. desgleichen auch die Tuberkulose. Darmkatarrh, schlechter Ernährungszustand, umschriebene Myositis ossificans und Trauma fanden sich dann noch bei einigen wenigen Fällen, ferner Bleivergiftung und Potus. Ausser allen diesen Momenten die teils mehr teils weniger für die Aetiologie der chronischen Gelenkerkrankungen in Frage kommen könnten, waren nun noch eine ganze Anzahl von Fällen da, in denen die Anamnese absolut keine aetiologischen Anhaltspunkte ergeben hat.

H. kommt zu dem Schluss, dass wir wohl einigermassen über das „**Was**“, aber noch keineswegs über das „Wie“ orientiert sind.



Auf jeden Fall scheint die Aetiologie keine einheitliche zu sein, und es müssen vor allen Dingen zwei Hauptgruppen unterschieden werden, eine nichtinfektiöse und eine infektiöse, zu denen dann noch die rheumatische Disposition hinzukommen würde, die in keine der beiden Gruppen hineinpasst. Blencke, Magdeburg.

42) **Lanzinger.** Die freien Gelenkkörper, ihre Aetiologie und Operation. (Diss. München 1913.)

L. gibt eine allgemeine kurze Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Frage der Aetiologie und Operation der freien Gelenkkörper und bringt dann eine Kasuistik von fünf selbst beobachteten Fällen. Blencke, Magdeburg.

43) **Müller.** Tuberkulöser Gelenkrheumatismus. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. und Kinderheilk. 1913, 16.)

Eine hartnäckige äusserst schmerzhafte, von subfebrilen Temperaturen begleitete Schwellung mehrerer Gelenke bei einem 16jährigen Patienten trotzt jeder antirheumatischen Behandlung. Eine gleichzeitig bestehende Spitzenaffektion und verkalkte Drüsen lenken den Verdacht auf eine tuberkulöse Affektion, deren Vorhandensein, durch eine exzessiv stark verlaufende Priquet'sche Reaktion bestätigt wird.

Unter Tuberkulinbehandlung (welches Tuberkulin angewendet wurde, gibt Verfasser nicht an) wird der Prozess, der zur Zeit noch nicht abgelaufen ist, rasch gebessert.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

44) **Crowe.** The primary cause of rheumatoid arthritis. (The Lancet. 22. XI. 13, p. 1460.)

Die rheumatische Arthritis wird nach Verf. durch einen gewöhnlichen Bewohner der Epidermis: micrococcus epidermidis, varietas deformans hervorgerufen. Er wirkt auf das Nervensystem ein. Oft entsteht eine Mischinfektion durch Hinzukommen anderer Mikroorganismen. Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Tedesko.** Ueber Arthigonbehandlung der Arthritis gonorrhoica. (Beiblatt z. d. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, 3.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von gonorrhoischen Gelenkentzündungen, die mit Bruck's Gonokokkenvakzine „Arthigon" behandelt wurden. Er injizierte gewöhnlich viermal in einem Zeitraume von 8 Tagen 0,5, 0,5, 0,75 und 1,0 ccm Arthigon. Die Therapie zeigte glänzende Resultate in Bezug auf Funktion der befallenen Gelenke. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.



46) **Troche.** Ueber tabische Gelenkerkrankungen. (Diss. Greifswald 1913.)

An der Hand eines Falles, der zur Sektion kam, und auf Grund seiner literarischen Studien, die allerdings nur einige wenige Arbeiten umfassen, kommt T. zu der Ansicht, dass es spezifisch neuropathische, insbesondere tabische Gelenkserkrankungen gibt, die zwar anatomisch häufig mit der Arthritis deformans gleiche Erscheinungen haben, ätiologisch aber durchaus von ihr zu trennen sind. Er sucht den Sitz der Nervenläsion in der Peripherie. Gerade hinsichtlich dieses Punktes scheinen ihm eine Anzahl grösserer Arbeiten — so z. B. zwei des Referenten — entgangen zu sein, in denen sich die Autoren nicht unbedingt auf diesen Standpunkt auf Grund ihrer Untersuchungen stellen konnten. Schmerzlosigkeit, Ataxie und Knochenbrüchigkeit haben einen sehr starken Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit. Es ist grosse Vorsicht bei der Stellung der Diagnose anzuwenden; andere Gelenkerkrankungen, wie Tuberkulose, Lues, Eiterungen, die sehr wohl bei Tabes unabhängig von ihr vorkommen können und die oft von ihr zu abnormen Verlauf beeinflusst werden, sind unbedingt von der Diagnose „Arthropathia tabidorum“ auszuschliessen. Blencke, Magdeburg.

47) **Silberknopf.** Ein Fall von exzessiver Kraniotabes. (Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, 16.)

Ein 4 Monate altes Kind mit Zeichen mässiger Extremitäten-Rachitis zeigt enormen Grad von Kraniotabes. Dieser Zustand hat sich erst nach der Geburt entwickelt, das Kind ist in der Klinik geboren und wurde vom ersten Tage an kinderärztlich beobachtet. Lues ist klinisch und durch negativen Wassermann ausgeschlossen.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

48) **Wiemann.** Knorpelfaltung bei abstehenden Ohren und Othämatom. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 18, 1913.)

Die von Eckstein auf dem Chir.-Kongress 1912 angegebene Operation zur Beseitigung abstehender Ohren, die durch Faltung den Anthelix wiederherstellt, führte Verf. bei einem 16 jährigen Menschen und bei einem Fall von Othämotom mit gutem Erfolg aus. Klar, München.

49) **Telford.** Two cases of cervical rib with vascular symptoms. (The Lancet. 18. X. 13, p. 1116.)

Ausnahmsweise traten bei den beobachteten zwei Fällen von Halsrippen die nervösen Symptome hinter den vaskulären zurück. In einem Fall handelte es sich um einen 27 jährigen Mann, bei dem seit einem Jahr vaskuläre Störungen in den Fingern der



rechten Hand, Neuralgien im Arm bis zur vollständigen Unbrauchbarkeit der Extremität aufgetreten waren. Die Halsrippe wurde entfernt, der Radialpuls kehrte wieder in den rechten Arm zurück, und alle Störungen verloren sich. Im zweiten Fall traten bei einer 29 jährigen Frau auch plötzlich Zirkulationsstörungen in dem einen Arm auf. Warum die Symptome so plötzlich auftraten, erklärt Verf. nicht, sondern verweist auf die Arbeiten Prof. Todds auf diesem Gebiet. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Bade.** Zur Behandlung der spondylitischen Lähmungen. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1913.)

In den letzten 4 Jahren behandelte B. 8 Fälle von spondylitischen Lähmungen mit vollständigem Erfolg wie folgt: Es wird nach einem in vertikaler Extension angefertigten Gipsmodell, das vom Kopf bis zu den Fussspitzen reicht, ein grosser Schienenhülsenapparat hergestellt, der den Rumpf, bei hochsitzender Spondylitis mit Kopfstütze, und die beiden Beine in sich schliesst. An den Gelenken werden starke elastische Züge angebracht, die die spastischen Stellungen beseitigen und eventuell gelähmte Muskeln unterstützen, oder vorübergehend ersetzen; besonders stark muss der elastische Zug sein, der vom Rückenteil des Korsetts zur Rückseite der Oberschenkelhülse läuft, da durch ihn die Streckung im Hüftscharnier bewirkt wird. In diesem Apparat wird zunächst der Patient hingestellt und lernt dann allmählich in ihm das Gehen. Zweimal täglich werden alle Muskeln massiert und alle Gelenke bewegt. Nach 2 Monaten ist in der Regel der Zustand so weit gebessert, dass man zunächst den elastischen Zug, der die Streckung des Rumpfes vollzogen hat, weglassen kann, dann kann man auch bald die das Kniegelenk streckenden Züge fortnehmen, danach die ganzen Oberschenkelhülsen, und endlich, wenn keine Spasmen mehr auftreten, die Unterschenkelhülsen, nach etwa $^3/_4$ Jahren. Pat. bekommt dann Plattfusseinlagen und wird energisch nachbehandelt, bis die Lähmung ganz beseitigt ist. Die Hauptursache des Erfolgs sieht B. in dem Umstand, dass er den Körper des Pat. aus der horizontalen Ruhelage in eine relativ bewegte vertikale Stellung bringt und dadurch die Zirkulationsverhältnisse im Wirbelkanal, den Eiter- und Lympheabfluss, erheblich bessert; ausserdem werden durch den Schienenhülsenapparat die Spasmen zeitweilig aufgehoben, so dass der von den spastischen Muskeln sonst nach dem Zentralorgan gehende Reiz ausgeschaltet, und dem Zentralorgan etwas Ruhe verschafft ist. Klar, München.

51) **J. Sibr.** Steifigkeit der Wirbelsäule. (Mit 2 Abbildungen und einem Skiagramm.) (Casopis lékařův českých. 1913, Nr. 39.)

Der Autor berichtet über 6 Fälle von Spondylose rhizomélique. Dieselben betrafen durchwegs Männer im Alter von 26—72 Jahren. Nur einmal war der Typus Marie-Strümpell deutlich ausgeprägt; in allen übrigen Fällen waren nur die Gelenke der Wirbelsäule versteift, während die Ankylose der grossen Gelenke fehlte. Zwei Fälle standen in der Mitte zwischen dem Typus Marie-Strümpell und Bechterew, indem bei einem Paraesthesien in den Oberschenkeln und bei dem anderen Druckschmerzhaftigkeit der Plexus, speziell des N. ischiadicus bestanden. (Dieser letztere Fall betraf einen Alkoholiker.) Die Aetiologie war 3 mal Rheumatismus und 3 mal unbekannt. (Tuberkulose? schwere Arbeit?) G. Mühlstein, Prag.

52) **Reye.** Ueber Spondylitis infectiosa. (Archiv f. Kinderheilkunde LXII, Bd. 2, 3. Heft.)

Ein Säugling wird in sterbendem Zustande in das Eppendorfer Krankenhaus gebracht. Die Obduktion ergibt eine akute, durch den Staphylokokkus aureus hervorgerufene eitrige Spondylitis im sechsten Brustwirbel, die zu Gibbusbildung, Kompression des Rückenmarkes und Infektion der Pleura geführt hatte.

Nach Ansicht des Verfassers ist die Infektion auf dem Wege des Digestionstraktus vor sich gegangen, da die Mutter trotz einer doppelseitigen eitrigen Mastitis ihr Kind gestillt hatte.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

53) **Abbott, E. G.** (Bearbeitet und übersetzt von Max Böhm.) Die Korrektur der seitlichen Rückgratsverkrümmungen. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 19, 1913.)

Eingehende Beschreibung der Prinzipien und der Technik des Abbottschen Verfahrens, mit Abbildungen. Abbott zeigt Erfolge, die man bisher in der Skoliosentherapie noch nicht gesehen hat. Die Frage nach den Dauererfolgen kann noch nicht beantwortet werden, da A. selbst erst über eine dreijährige Erfahrung verfügt. Es ist sehr schwer, in jedem Fall die richtige Prognose zu stellen. Manchmal waren gerade die schwersten Skoliosen leichter zu behandeln als die leichteren Fälle; es spielen hier verschiedene Faktoren mit: das Alter des Pat., die Dauer der Verkrümmung, die Grösse und die Form des Rumpfes und der Grad der Kyphose, die man bei der Redression erzielen konnte. Klar, München.

54) **Vulpius.** Die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1913, 16.)

Kurze Beschreibung der Methode Abbott, die nach des Verf.

Ansicht eingehende Nachprüfung verdient, die freilich nur demjenigen möglich ist, welcher die Technik genau kennt und beherrscht und über ein Krankenmaterial verfügt, das lange in der Behandlung zu bleiben gewillt ist. Blencke, Magdeburg.

55) **Lovett.** The treatment of scoliosis. (The Boston med. u. surg. Journal, Vol. CLXIX, Nr. 18, p. 629.)

Allgemeine Beschreibung der Methoden und Erfolge bei statischer und anatomischer Skoliose durch Gymnastik, Gipskorsetts; Anlegen derselben im Hängen, in Bauch-, Seiten-, Rückenlage, Ausschneiden von Fenstern, Polsterung usw. Es hängt nicht so viel von der Methode ab, als von der Kunst und Sorgfalt des Operateurs, der angewandten Stärke und der Ausdauer in der Nachbehandlung. Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Mayerhofer.** Mikromelie bei einem 1 Monat alten Säugling. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, 4.)

Beschreibung eines Falles von Mikromelie (Kassowitz); die Extremitäten sind viel zu kurz (Spitze des Mittelfingers reicht bis zur Crista des Darmbeins). Die linke Körperhälfte ist viel kleiner als die rechte. Die oberen Extremitäten können im Ellenbogengelenk nicht völlig gestreckt werden, Hände werden supiniert und ulnarflektiert gehalten. Die Phalangen divergieren gegeneinander. Beide Daumen sind abnorm breit. Die unteren Extremitäten können im Knie schwer gebeugt werden, es bestehen hochgradige Genua valga. Die Röntgenbilder zeigen eine starke Verbreiterung an den Epiphysenlinien der kurzen und plumpen Röhrenknochen.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

57) **Dr. V. Kraus.** Gangrän der Extremitäten bei Herz- und Gefässkrankheiten. (Sbornik lèkařský XIII. (XVIII). 1—2.)

In der Literatur finden sich keine Angaben über die Gangrän der Extremitäten bei Herz- oder Gefässerkrankungen, die in den letzten Lebenstagen auftritt. Kraus publiziert vier derartige Fälle aus der Klinik Thomayer. Stets handelte es sich um symmetrische Gangrän usw. 3 mal der unteren und 1 mal der oberen Extremitäten. 1. 59 jährige Frau: Gangrän der unteren Extremitäten; nach 12 tägiger Dauer Exitus. Sektion: Endarteritis sclerotisans. 2. 56 jährige Frau: Gangrän der unteren Extremitäten; nach zwei Tagen Exitus. Sektion: chronische Myokarditis, Bronchopneumonie. 3. 52 jährige Frau: Gangrän der unteren Extremitäten kurz vor dem Tode. Sektion: chronische Endokarditis der Tricuspidal- und Aortenklappe, Stenose des linken venösen Ostiums. 4. 39 jährige Frau: Gangrän der oberen Extremitäten einige Tage vor dem Exitus.



Sektion: Endocarditis fibrosa valv. bicuspid. et aortae. — In keinem Falle waren vasomotorische Erscheinungen (lokale Asphyxie, Synkope) vorhanden. — In den zwei letzten Fällen kommt ein erschwerter Abfluss des Blutes nach der Peripherie, eventuell ein erschwerter Zufluss zum Herzen (Stenose des linken venösen resp. arteriellen Ostiums) ätiologisch in Betracht. Da aber nie alle vier Extremitäten befallen waren, denkt Autor auch an nervöse Einflüsse, an eine mangelhafte Ernährung der Nerven durch die schlechte Blutzirkulation und dadurch bedingte funktionelle Veränderungen der Vasomotoren.

G. Mühlstein, Prag.

58) **Baum, Heinrich L.** Die traumatische Venenthrombose an der oberen Extremität. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1913.)

Eine 54 jährige Dame hob bei Gelegenheit eines Umzugs wiederholt schwere Gegenstände; danach stellten sich Schmerzen im rechten Arm ein, der sehr stark anschwoll, so dass der Umfang des Oberarms um 7 cm zunahm; Haut gespannt und fleckig, hochgradiges Schwächegefühl im Arm. Man nahm eine „Muskelzerrung“ an und verordnete Einreibungen. Nach dem Heben einer Matratze Verschlimmerung, die die Pat. zu dem Verf. führte: Rechter Oberarm um 4 cm dicker als der linke, die Schwellung ging über die Schulter hinweg in die Fossa supraclavicularis und in die rechte Brustseite. Haut des Arms leicht zyanotisch, marmoriert, mässig gespannt und glänzend. Venen am Handrücken, am r. Unterarm und an der rechten Brustseite erweitert und gefüllt. Fossa supraclavicularis, axilla und sulcus bicipitalis internus sehr druckempfindlich; keine motorische Lähmung, keine Sensibilitätsstörung, aber Herabsetzung der groben Kraft, Unmöglichkeit, die Hand zur Faust zu schliessen. 1½ Jahre nach dem Beginn der Erkrankung bestand nach weitgehender Schonung und vorsichtiger Massage noch leichte Schwellung des Arms, Neigung zu Parästhesien, Gefühl von Müdigkeit und Schwere im Arm, das sich nach geringer Anstrengung steigert; Pat. kann jedoch wieder Briefe schreiben; im Falle, dass es sich um eine Unfallbegutachtung handeln würde, so wäre dauernde 50%ige Erwerbsbeschränkung anzunehmen. B. nimmt an, dass es sich um einen Konglutinationsthrombus und nicht um einen Koagulationsthrombus handelt, entstanden durch Ansammlung von Blutplättchen an einer, durch die einmalige Muskelanstrengung vielleicht verletzten, Stelle der Intima der Axillarvene. Die Prognose ist quoad vitam gut, wenn man den Arm in Ruhe lässt, quoad restitutionem aber schlecht: es bleibt eine Stauung zurück, die sich schon bei geringer Arbeit fühlbar macht.

Klar, München.



59) **v. Khautz.** Ein Fall von Osteomyelitis der Clavicula. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. und Kinderhk. in Wien, 1913, 4.)

Ein 5jähriges Mädchen erkrankt an einer akuten eitrigen Osteomyelitis der Clavicula, die in etwa 14 Tagen zu völliger Nekrose und Abstossung des ganzen Knochens führt. Am akromialen Ende kommt es zu rascher Knochenneubildung vom Periost her, die 6 Wochen nach der Incision bereits zirka 3 cm lang ist. Die Funktion des Armes ist nicht gestört, eine Konfiguration in der Kontur der Schulter ist nicht eingetreten.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

60) **Haakshorst.** Sarkom im Anschluss an traumatische Osteomylitis der Scapula. (Dissert. Giessen 1913.)

Der der Arbeit zu Grunde liegende Fall dürfte nicht allein Interesse für den ärztlichen Gutachter haben, weil auf ein Trauma zwei verschiedene Krankheitsprozesse folgten, sondern auch wegen der seltenen Entstehungsart und des eigenartigen Verlaufes, die in pathologisch-anatomischer Hinsicht Beachtung verdienen. Es handelt sich um eine subakut verlaufende, durch ein Trauma ausgelöste Osteomylitis, auf deren Boden sich anschliessend ein Sarkom entwickelte. Bei der Begutachtung ergab sich ein direkter ursächlicher Zusammenhang zwischen dem 1½ Jahr früher erlittenen Unfall und der Knochenmarkentzündung mit dem nachfolgenden Sarkom der Scapula.

Blencke, Magdeburg.

61) **Tubby.** Some additional experiences of nerve surgery. (The Lancet 8. XI. 13, p. 1312.)

Verf. teilt 1. einen Fall von traumatischer Läsion des Brachialplexus mit, bei dem eine Verdünnung des 5. und 6. Zervikalnerven durch Narbengewebe gefunden wurde. Dieses wurde entfernt, die Nerven in Cargile'sche Membranen gepackt und vernäht. Rasche Heilung. Die lädierten Muskeln erlangten ihre ursprüngliche Kraft bald wieder. 2. Aehnlich günstig verlief ein Fall von Läsion des suprascapularis. Auch Ausschälung aus Narbengewebe, Umgeben mit Fettgewebe. Heilung. Ebenso erfolgreich behandelte Verf. 4 traumatische Läsionen des Ulnaris und seiner Aeste. Im Allgemeinen sind die Brachialplexusläsionen traumatischer Natur sehr aussichtsreich für die operative Behandlung, wenn sie durch Narbengewebe verursacht werden, und wenn der Muskelkraftverlust nicht jahrelang bestanden hat. Die Poplitealneuroplastik hat sich bis jetzt bei Kindern als aussichtslos erwiesen. Verletzungen am Handgelenk sollen nie eher genäht werden, bis die Kontinität des verletzten Nerven aufgefunden und die elektrische Reaktion aller Muskeln geprüft worden ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

62) **Luftmann.** Ein Fall von Erbscher Schulterarmlähmung beim Neugeborenen. (Diss. München 1913.)

L. befasst sich in der vorliegenden Arbeit mit den verschiedenen Arten der Entbindungslähmungen, ohne etwas Neues zu bringen, und berichtet dann über einen in der Münchener Frauenklinik beobachteten Fall. Bei der Untersuchung des Kindes unmittelbar nach der Geburt fand sich aktive Unbeweglichkeit des linken Armes und bei passiver Bewegung fühlte sich der Arm schlaff an, der spontan geboren wurde, während der rechte gelöst werden musste. Irgendeine Fraktur war nicht nachzuweisen. Auch in der orthopädischen Klinik wurde der Fall zu dem Duchenne-Erbschen Typus von Entbindungslähmungen gezählt. Die Behandlung daselbst bestand in einer Lagerungsschale, die den Arm in rechtwinklicher Abduktion und Aussenrotation fixierte und ausserdem noch in Elektrizität und Massage. Nach vierwöchentlicher Behandlung fing das Kind an, den Deltoides etwas anzuspannen. Leider wurde das Kind einer weiteren Beobachtung und Behandlung wegen einer schweren Pneumonie entzogen. Blencke, Magdeburg.

63) **Rushton Parker.** A simple splint for flail elbow. (The British med. Journ., 29. XI. 13, p. 1431.)

Verf. verfertigte für eine Patientin, der im 5. Lebensjahr wegen zertrümmernder Verletzungen der Ellbogen excidiert worden war, eine Schiene und einen Verband, mittels welcher sie den vollkommen schlaffen Arm wieder zu Hausarbeiten benutzen kann.

Spitzer-Manhold, Zürich.

64) **Maas, H.** Die kongenitale Vorderarmsynoste. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15, 1913.)

7 monatiges Kind von gesunden Eltern, rechtzeitig in Kopflage geboren; bei der Geburt lag die linke Hand mit dem Handteller nach vorn auf dem Gesicht, Vorder- und Oberarm waren bei starker Beugung des Ellenbogengelenks von der Nabelschnur mehrfach umwickelt. Der linke Arm wird dauernd in leichter Beugung und in hochgradiger Pronation gehalten, so dass der Handteller nach vorn und etwas aufwärts sieht; Supination absolut unmöglich, Streckung bis 140 Grad, Beugung hypernormal, so dass Ober- und Unterarm in ganzer Ausdehnung aufeinander gelegt werden können. Der linke Vorderarm verkürzt, 9½ cm lang gegen 11 cm rechts; im Durchleuchtungsbild sind die proximalen Abschnitte des Radius und der Ulna in ganzer Ausdehnung deutlich gesondert erkennbar, aber sehr deform und durch eine, von der Ulna ausgehende, 1½ cm lange Knochenneubildung synostotisch miteinander verbunden. Der



Radius ist verkürzt, 6,8 cm lang gegen 8,1 cm rechts, dafür aber viel stärker als physiologisch gekrümmt. M. fasst die Missbildung, die häufiger doppelseitig als einseitig vorkommt, mit Recht als intrauterine Druckdeformität auf, die Ulna ist nach der druckfreien Richtung, frontalwärts, in ihrem proximalen Ende abgebogen und dadurch abnorm in die Breite gewachsen. Die Therapie, die bisher nur bei älteren Kindern oder Erwachsenen blutig und unblutig versucht worden ist, verspricht wenig Erfolg; M. will dieses Kind möglichst frühzeitig operieren: Durchmeisselung der Synostose bezw. Resektion des proximalen Radiusendes, Osteotomie des oberen Endes der Ulna in der Höhe der Biegung und Osteotomie der Diaphyse des Radius. Klar, München.

65) **Haynes.** Infection of the hand. (The New York med. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 22, p. 1056.)

V. macht darauf aufmerksam, wie wenig die Fingerverletzungen, die später die schwersten Folgen nach sich ziehen, beachtet werden. Eine möglichst breite Inzision und feuchter Verband mit Borwasser, der, ohne die unterste Verbandschicht abzunehmen, während der ersten 24—48 Stunden immer wieder frisch durchfeuchtet werden soll, sind die sichersten Kautelen gegen eine schwere Infektion. Ein Operateur, der sich bei der Arbeit verletzt, soll sofort die Operation sistieren, den Finger unterbinden und die Wunde mit Jodtinktur auspinseln. Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **J. Horàk.** Dupuytrensche Kontraktur. (Mit 7 Abbildungen.) (Casopis lévărův českých. 1913. Nr. 39—41.)

Die Arbeit stützt sich auf 22 Fälle der Klinik Kukula, von denen 13 operiert wurden, von letzteren wurden 9 histologisch untersucht. Die Operation wird gegenwärtig mit einer Modifikation nach Lexer ausgeführt. Die ganze erkrankte Hautpartie wird exstirpiert; sodann werden senkrechte Inzisionen bis zum 1. Interphalangealgelenk aller Finger und zwar Inzisionen zu beiden Seitenrändern der Vola angelegt. Die einzelnen Lappen werden von der Aponeurose abpräpariert, diese wird hierauf in toto samt ihren Ausläufern zu den Sehnen- und Nervenscheiden und zu den Phalangen exstirpiert. Die Einschnitte werden durch Knopfnähte geschlossen, der Defekt wird durch einen freien Hautlappen gedeckt. Die Resultate sind sehr gut. (Krankheitsgeschichten der operierten Fälle.) Mit Thiosinamin, Massage und heisser Luft werden keine befriedigenden Erfolge erzielt. Auf Grund der histologischen Untersuchung tritt der Autor der Ansicht, dass es sich bei der Dupuytrenschen Kontraktur um eine Entzündung handle, entschieden ent-



gegen. Er fand bei keinem einzigen Falle Zeichen einer interstitiellen Entzündung usw. nicht bloss im Bindegewebe der Kontraktur selbst, sondern auch im Fett- und interstitiellen Bindegewebe über und unter der Aponeurose. (Keiner der Fälle war vor der Operation behandelt worden.) Auch klinisch sind nie Entzündungserscheinungen vorhanden. Die häufigen Rezidive sprechen ebenfalls gegen die entzündliche Natur der Affektion. Der Autor reiht die Dupuytrensche Kontraktur in jene Gruppe von Affektionen ein, die ein Grenzgebiet zwischen Geschwülsten und Entzündungen bilden. Schliesslich weist der Autor auf die Analogie mit der Induratio penis plastica (Callomon) hin. G. Mühlstein, Prag.

67) **R. Nebesky.** Ein seltener Fall von kongenitalem Defekt der Handmuskeln. (Mit 4 Photographien.) Casspis lékărův českých. 1913. Nr. 47.)

Bei einem 15jährigen, gesunden und aus gesunder Familie stammenden Mädchen fand der Autor folgende seit der Kindheit konstatierte Anomalie der Hände. Es fehlten an beiden Händen vollständig der M. opponens pollicis, abductor pollicis brevis, flexor pollicis brevis, Mm. interossei et lumbricales, M. opponens digiti minimi. palmaris brevis; ferner links: M. abductor und flexor brevis digiti minimi; ausserdem fehlte die Funktion des M. extensor pollicis longus, M. abductor pollicis longus und flexor pollicis longus et brevis; und rechts fehlte ausser den genannten Muskeln noch die Funktion des M. abductor pollicis longus, flexor pollicis brevis und flexor carpi radialis. Der Autor fand in der Literatur keinen derartigen Fall. G. Mühlstein, Prag.

68) **Schuler.** Syndaktylie zwischen Daumen und Zeigefinger. (Diss. Jena 1913.)

Sch. berichtet über die in der Literatur veröffentlichten diesbezüglichen Fälle und reiht diesen einen neuen Fall von Syndaktylie zwischen Daumen und Zeigefinger an, den er selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. An der linken Hand waren das Daumengrundglied und das Zeigefingerglied, ferner die Grundglieder des 3. und 4. Fingers häutig miteinander verwachsen, während die rechte Hand keinerlei Verbildungen zeigte. Am linken Fuss bestanden doppelte Grosszehen. Die erste Grosszehe war mit der Grund- und Mittelphalange der zweiten Grosszehe, diese in ganzer Ausdehnung häutig mit der 2. und 3. Zehe verwachsen. Am rechten Fuss fand sich eine weit abstehende überzählige Grosszehe, die sehr breite Hauptgrosszehe war mit der 2. und 3. Zehe in ganzer Länge häutig verwachsen. — Die Syndaktylie des Daumens wurde durch Operation mit gutem Erfolg beseitigt. Blencke, Magdeburg.



69) **Moslener.** Polydaktylie und Geisteskrankheit. (Diss. Kiel 1913.)

Verf. berichtet über einen Fall von schweren sichtbaren Degenerationszeichen, gepaart mit Imbezillität, bei dem er sich der Ueberzeugung nicht verschliessen kann, dass zwischen den psychischen und den gehäuft auftretenden somatischen Anomalien die innigsten Beziehungen bestehen müssen. Im Anschluss an diesen Fall versucht er dann klarzulegen, inwieweit überhaupt nach der heutigen Kenntnis Degenerationszeichen des Körpers und der Psyche in Wechselbeziehung zu einander stehen. Blencke, Magdeburg.

70) **Günzburg, J.** (Antwerpen). Die physiologische Behandlung der Ischias. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therap. 1913. Bd. XVII, S. 398—402.)

Eine logische Behandlung ist nur möglich, wenn die Behandlung den Ursachen angepasst ist. G. unterscheidet zwischen zufälligen Ursachen (Erkältung, Ermüdung und dergl., die für das Zustandekommen der Erkrankung nebensächlich sind, und organischen Ursachen, die am Nerven während seines ganzen Verlaufes gefunden werden können. Erkrankungen der Beckenorgane (Tumoren. Metritis. Hämorrhoiden), das Rückenmarks, Trauma, statische Belastungsmissverhältnisse (pes valgus!), Muskelentzündungen. infektiöse und toxische Erkrankungen können Ischias-Anfälle auslösen. Wichtig ist demgemäss die Anamnese. (Schmerz: Fusschmerzen, Druckschmerzen an Trochanter und Malleolen. Lasegnesches Symptom -- Beugung des völlig abduzierten Beines bei gestrecktem Knie.)

Die wichtigste Behandlung ist die Anwendung physischer Mittel. Natürlich muss vorher die Ursache beseitigt sein, wenn es sich um Beckentumoren, -Entzündungen u. ä. handelt. Ist Nervosität, Neurasthenie vorhanden, Allgemeinbehandlung (Warme Halbbäder, Strahlduschen, Lichtbäder). Bei traumatischer Ischias Ruhe, warme Packungen, Fango. (Röntgenaufnahme!), bei statischer mechanische und orthopädische Behandlung — kurz, die Behandlung muss sich nach der Ursache richten. Natzler, Mülheim-Ruhr.

71) **Stoffel.** Neues über das Wesen der Ischias und neue Wege für die operative Behandlung des Leidens. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1913.)

Der Verfasser verwirft die bisher herrschende Auffassung der Ischias als Erkrankung des ganzen, als n. ischiadicus bezeichneten, Nervengebildes, da nur die sensiblen Bahnen bei dieser Neuralgie erkrankt sind. S. „kennt“ keinen n. ischiadicus, sondern nur viele motorische und sensible Nervenbahnen, die an der Rückseite des Beines herabziehen; dementsprechend kennt er auch keine Ischias



sondern nur eine Neuralgie einer oder mehrerer der sensiblen Bahnen des Beines. Für die Neuralgie der einzelnen Bahnen lassen sich ganz bestimmte Symptomenkomplexe aufstellen, sodass das allgemeine, diffuse, oft wechselnde Bild der „Ischias" sich in einzelne scharf umgrenzte Krankheitsbilder auflöst, entsprechend der Erkrankung der einzelnen Bahnen. Die oft mit Injektionen in den Nerven erreichten Erfolge erklärt S. damit, dass die am häufigsten erkrankten zwei sensiblen Hauptbahnen, die nn. cutanei surae medialis et lateralis, am weitesten dorsal verlaufen. S. operiert nun folgendermassen: nachdem festgestellt ist, welche sensible Bahn erkrankt ist, mobilisiert er diese, unter peinlicher Schonung der motorischen Bahnen in einer Ausdehnung von etwa 15 cm, reseziert in dieser Ausdehnung die Bahn, und fügt die Neurexairese hinzu und zwar an beiden Stümpfen.

Durch dieses Verfahren gelang es dem Verf. bei mehreren, sogar schweren Fällen, die „Ischias" vollständig zu kupieren, und sogar bei einem schweren, schon 4 Jahre bestehenden Fall die Skoliosis ischiadica nach einiger Zeit zu beseitigen. Klar, München.

72) **Skillern.** A case of fracture of pelvis in a child aged seven. (The New York med. Journ., Vol. XCVIII, Nr. 19, p. 907.)

Beckenbrüche sind selten bei Kindern wegen der Kleinheit und Elastizität der Knochen und der Nachgiebigkeit der symphysären und epiphysären Verbindungen. Verf. konnte bei einem 7jährigen Knaben, der über der Schambeinregion von einer stürzenden Kalkkiste getroffen wurde, Ekchymosen und eine abnorme Weichheit konstatieren, was den Verdacht einer Fraktur erweckte, der durch das Radiogramm bestätigt wurde. Es verlief eine bilateral symmetrische schräge Linie von der Symphyse nach unten und auswärts nach dem foramen obturatum mit Splittern des Schambeins besäet. Subjektive Symptome waren nicht vorhanden, weil die Fraktur subperiostal lag; die Blase war unverletzt geblieben. Hätte man nicht geröntgt, so wäre die Verletzung wahrscheinlich unter dem Namen Kontusion gegangen. Spitzer-Manhold, Zürich.

73) **Chiari.** Ein Fall von kombinierter peripherer und zentraler Lähmung des linken Beines. Mitt. d. Ges. f. Innere Med. und Kinderhk. in Wien, 1913, 2.

Eine 56jährige Patientin erlitt einen apoplektischen Insult, stürzte zu Boden und blieb 24 Stunden auf der linken Körperhälfte liegen. Die Apoplexie rief eine zentrale linksseitige Hemiparese hervor, der Druck auf den Nervus ischiadicus und Nervus cutaneus femoris posterior hatte eine periphere Lähmung dieser Nerven zufolge. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.



74) **Levi.** Fall von hochgradiger tabischer Arthropathie des Hüftgelenkes. (Mitt. der Ges. f. Inn. Med. und Kinderheilk. in Wien, 1913, 4.)

Krankengeschichte eines 46jährigen Patienten, der im Anschlusse an ein geringfügiges Trauma eine Hüftluxation erlitt, die nach kurzer Zeit spontan immer wieder auftrat. Patient hat im Ganzen 16 Hüftluxationen durchgemacht, die er jetzt stets selbst reponiert. Die genaue klinische Untersuchung ergab tabische Arthropathie. Levi ermahnt bei schmerzlos verlaufenden Spontanluxationen stets nach einem zentralen Prozesse zu fahnden.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

75) **Petit de la Villéon.** Coxa vara de l'enfance et luxation congénitale de la hanche. Diagnostic differentiel. (Gaz. hebd. de sciences med. de Bordaux, 1912. Nr. 49.)

Die Differentialdiagnose zwischen der kindlichen Coxa vara und der congenitalen Hüftluxation bietet oft so grosse Schwierigkeiten, dass nur das Röntgenbild Klarheit verschaffen konnte.

Verfasser weist auf das Symptom der Hyperrotation nach Innen hin, das in Ermangelung eines Röntgenbildes zur richtigen Diagnose führt. Das Kind wird zunächst auf die gesunde Seite gelagert, der Oberschenkel ist im rechten Winkel gegen das Becken, der Unterschenkel im Kniegelenk rechtwinkelig gebogen. Nun umfasst der vor dem Patienten stehende Arzt die Condylenmasse mit der Hand und dreht den Oberschenkel nach einwärts, wobei er genau darauf achten muss, dass der Oberschenkel parallel der Tischplatte bleibt und das Knie im rechten Winkel gebeugt. Beträgt nun der Winkel, den der Unterschenkel des kranken mit dem des gesunden Beines bildet, 45°, so handelt es sich um normale Geleuksverhältnisse; beträgt er ca. 90° so liegt eine Hyperrotation vor, die für Hüftluxation spricht. Ist der Winkel annähernd 30° so steht die Diagnose Coxa Vara fest.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

76) **Engelmann.** Ein Fall von Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913. 6.)

Demonstration eines 8 jährigen Kindes, das durch die Art des Ganges und die Schmerzlosigkeit das Bestehen einer Luxation des Hüftgelenkes vortäuschte. — Die Röntgenuntersuchung zeigt den normal ausgebildeten Kopf in der Pfanne, eine alte Karies des Schenkelhalses mit starker Verschiebung des Femurschaftes.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

77) **Engelmann.** Ein Fall von Knochencyste des Femur. (Mitt. d. Ges. f. Inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, 6.)



Ein 8jähriges Mädchen zeigt eine deutliche Schwellung in der Gegend des rechten Trochanter, die Exkursionen des Beines sind dabei frei. Die Röntgenuntersuchung ergibt eine Knochencyste am oberen Ende der Femurdiaphyse bezw. ein gutartiges zentrales Sarkom. Als Operation empfiehlt Engelmann Implantation eines Knochenspanes der Tibia. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

78) **Haun.** Verband der Oberschenkelfrakturen, besonders bei Kindern der ersten Lebensjahre. (Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung 1913, 17.)

H. wendet einen kombinierten Zelluloid-Schienen-Verband an. Er passt einen Aluminiumstreifen der Konfiguration des Beckens unterhalb der Spina superior an, den er zu einen Ring schliesst und an dessen Vorder- und Rückseite eine Aluminiumschiene genau den Formen des Beines adaptiert wird. Dieses Schienengerüst kommt zwischen zwei Lagen Zelluloidverband, die vom Fuss einschliesslich bis über den Beckenrand hinaus angelegt werden.

Blencke, Magdeburg.

79) **Martin.** Discussion on the diagnosis and treatment of injuries of the knee-joint other than fractures and dislocations. (The Brit. med. Journal, 25. X. 13, p. 1070.)

Verf. bespricht mit Ausnahme der Brüche und Dislokationen im Kniegelenk die traumatische Synovitis und Arthritis desselben, Zerreissung wichtiger Bänder, die Hämophilie, die freien Gelenkkörper, Traumen schon kranker Gelenke (osteoarthritischer und derjenigen mit schon lädiertem Knorpel). Bei abgerissenem Gelenkknorpel bietet die Operation 8 oder 10 Tage nach dem Unfall die besten Resultate. 36 Tage Bettruhe sichern das Gelingen. Technik der Operation: Die Luxation der cart. seminulares soll durch forzierte Hyperextension, nicht durch Rotation bei halbflektiertem Knie zu stande kommen. Spitzer-Manhold, Zürich.

80) **I. Petrivalský.** Endothelioma bursae M. poplitei. (Mit 17 mikrophotographischen Abbildungen). (Časopis lékařův českých. 1913. Nr. 8.)

Der beschriebene Fall ist der erste in der Literatur und der vierte Fall von Endotheliom einer Bursa überhaupt. Bei einem 35jährigen Mann, der seit $1\frac{1}{2}$ Jahren über Schmerzen in der rechten Kniekehle und zunehmende Behinderung der Beweglichkeit im Gelenke klagte, fand sich in der fossa poplitea eine derbe, unbewegliche, stellenweise sehr empfindliche Resistenz. Bei der Operation stiess man auf einen Tumor, der in der Bursa poplitea sass und mit deren Wand an einer Stelle innig zusammenhing.



Der Autor extirpierte den M. popliteus und die Bursa samt dem Tumor; dieser überschritt nirgends die Wand der Bursa. Heilung. Die mikroskopischen Bilder sprechen für die Entstehung des Tumors aus der endothelialen Auskleidung der Bursa. Die Endothelien proliferierten zu papillomatösen und drüsigen Gebilden und reichliches Bindegewebe bildete das Stroma, das an einer Stelle die epitheloiden Gebilde verdrängte und den Eindruck des Spindelzellensarkoms hervorrief. Ueberall fanden sich Spuren hyaliner Degeneration und zwischen den epitheloiden Gebilden muköses Sekret, vermischt mit Zelldetritus. — Der Tumor ist weder Karzinom, noch Sarkom, stammt genetisch von der Endothelauskleidung der Bursa des M. popliteus und verdient daher die Bezeichnung Endotheliom.

G. Mühlstein, Prag.

81) **Schönstein.** Infektiöse Peroneuslähmung. (Mitt. d. Ges. f. Innere Med. und Kinderhk. in Wien 1913, 5.)

Verfasser hat einen 44jährigen Patienten beobachtet, der im Verlaufe einer Influenza zunächst Paraesthesien und Schwäche in beiden Beinen bekam, die auf der einen Seite zurückgingen, auf der anderen zu einer ausgesprochenen Peroneuslähmung führten. Die elektrische Erregbarkeit des Muskels war dabei nicht gestört. (Reflexe?) Die sensiblen Störungen gingen in 6wöchentlicher klinischer Behandlung zurück. Die mononeurotische Peroneuslähmung ist ein seltener Befund nach Influenza.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

82) **Wertheimber.** Die Behandlung des Ulcus varicosum mit einfachen Kleisterverbänden. (Münch. med. Wochensch., Nr. 27, 1913.)

Der erkrankte Unterschenkel wird für einige Minuten hochgelagert, damit die Venen abschwellen, die Umgebung der Ulkus wird mit Benzin gereinigt und mit einem, mit Borsalbe bestrichenen Gazestückchen bedeckt, die hintere Hälfte der Fussohle, die Malleolen und die Gegend hinter der Ferse werden mit Watte dünn gepolstert, ebenso die vordere Tibiakante; dann umwickelt man, anfangend in der Mitte des Fusses, den Unterschenkel mit einer 5 m langen und 8 cm breiten Cambricbinde, die überall sehr glatt anliegen muss und nirgends einschnüren darf. Darüber kommen 2—3 angefeuchtete Kleisterbinden von 5 m Länge und 10 cm Breite. Der Verband, in dem der Pat. seiner Arbeit nachgehen kann, muss bei grösseren Geschwüren alle 4—5 Tage gewechselt werden, später, wenn das Ulkus nicht mehr grösser ist als ein Einmarkstück, alle 8 Tage. Bei kleineren ulcera wird Heilung mit 4—5 Verbänden



erzielt, bei grösseren mit 8—10; sofort nach der Abnahme des letzten Verbandes muss eine Gummistoffbinde angelegt werden, die Pat. immer tragen muss, um Rezidiv zu vermeiden.

Klar, München.

83) **Wilms.** Operative Behandlung des Plattfusses und Klumpfusses. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 22, 1913.)

W. empfiehlt bei weniger schweren Fällen von pes valgus contractus eine Ankylosierung im Chopartschen Gelenk mit keilförmiger Resektion innen zwischen talus und os naviculare und Einpflanzung des resezierten Keils aussen zwischen calcaneus und os cuboideum; so erzielt er eine gute Wölbung und beseitigt die Abduktion des Fusses. Die beiden Gelenke werden von horizontalen Längsschnitten aus freigelegt, zwischen talus und os naviculare wird der Knorpel der Gelenkflächen entfernt und ein Keil vom talus abgemeisselt, der plantar dicker ist als dorsal; dieser Keil wird dann in das Gelenk zwischen calcaneus und cuboideum, nachdem auch hier der Gelenkknorpel entfernt ist, eingepflanzt. Bei schweren Fällen genügt dieser Eingriff nicht, sondern bei diesen muss die starke Pronationsneigung des calcaneus dadurch beseitigt werden, dass man die beiden Horizontalschnitte, durch die das talo-naviculare- und das calcaneo-cuboid-Gelenk freigelegt worden sind, nach hinten verlängert und dann mit dem Meissel von beiden Seiten her das Gelenk zwischen talus und calcaneus so weit löst, dass der calcaneus gegen den talus frei verschieblich ist, dabei werden die Gelenkknorpel vollständig zerstört, damit eine Ankylose bezw. Arthrodese entsteht, so dass das Umlegen des calcaneus und das Abgleiten des talus nicht mehr eintreten kann. Umgekehrtes Verfahren schlägt W. für den Klumpfuss Erwachsener vor: Keilförmige Resektion im Chopartschen Gelenk aussen und Implantation des Keils innen.

W. empfiehlt, nicht gleich nach der Operation in korrigierter Stellung zu fixieren, sondern erst nach 5—8 Tagen dem Fuss die richtige Stellung zu geben, um vorher die Reaktion auf den operativen Eingriff ablaufen zu lassen.

Klar, München.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

84) **Berliner orthopädische Gesellschaft.**

(Sitzung am 5. Januar 1914.)

1. **Gümbel**: Zur Behandlung der spastischen Lähmungen mit der Försterschen Operation. (Bericht über sieben operierte Fälle von Littlescher Krankheit.)



G. berichtet über die Erfahrungen, die er bei der Operation von spastischen Kindern mit der Wurzeldurchschneidung gemacht hat. Von 8 Fällen hat er einen durch die Operation verloren. Der Knabe bekam 4 Tage nach dem Eingriff eine Liquorfistel mit sekundärer Meningitis. Von den anderen wurden 3 zweizeitig, 4 einzeitig operiert. Während der unmittelbare Erfolg nach gelungener Operation oft verblüffend ist, hält das gute Resultat nicht an, Besserungen gehen zurück. Gelegentlich sind Verschlechterungen nachzuweisen. In zwei Fällen trat nach der Operation ein runder Rücken ein, den Vortragender auf die verringerte Stützfähigkeit der Wirbelsäule zurückführt. In zwei der operierten Fälle bestand eine spastische Hüftluxation. Diese stellt das Resultat der Försterschen Operation in Frage. Auf Grund seiner Erfahrungen, die durch gemeinsame Beobachtung mit G a n g e l e gestützt werden, spricht sich G. dahin aus, dass mit rein orthopädischen Massnahmen bei der Littleschen Krankheit vielfach ungleich bessere Erfolge zu erzielen sind wie bei der Wurzeldurchschneidung. Letztere ist unter allen Umständen kontraindiziert bei Idiotie, Athetose, Epilepsie, spastischer Hüftluxation, schwereren Graden von Petraplegie. Es bleiben nur übrig die Fälle von Diplegien reiner Natur.

2. **Biesalski**: U e b e r d i e B e h a n d l u n g d e r s p a s t i s c h e n L ä h m u n g s z u s t ä n d e m i t d e r F ö r s t e r s c h e n O p e r a t i o n.

B. hat 9 Fälle nach Förster operiert und zwar einmal zweizeitig, der Fall kam im Anschluss an ein Jodekzem zum Exitus, und 8 mal einzeitig. Vortragender bespricht die unangenehmen Zwischenfälle bei und nach Beendigung der Operation, Blutungen aus dem periduralen Venennetz, Dura- und Wurzelverletzungen. Asphyxie. Nach der Operation sah er öfter starke Herzschwäche, Nieren- und Blasenblutungen, Cystitis, Haematurie und Darmstörungen, mehrere Male auch scharf umgrenzte Neurosen der Haut. Nach der Operation beobachtete er auch gelegentlich starke nervöse Beschwerden, in einem Fall einen schweren epileptischen Anfall. In einem anderen Fall traten nach jeder einzigen Uebung heftige Kollapse auf. Bei einem Kinde ereignete sich eine doppelseitige Spontanfraktur der beiden Oberschenkel. Biesalski spricht sich hinsichtlich des Wertes der Försterschen Operation dahin aus, dass sie für die weitaus meisten Littlefälle ausreicht. Man darf aber nicht vergessen, dass sie wie auch alle orthopädischen Operationen nur die Voraussetzungen für die Uebungsbehandlung schafft. Gerade die letztere aber ist das Wichtigste bei der ganzen Behandlung spastischer Individuen. Von den neun Diplegien sind die geeignetsten zur Försterschen Operation diejenigen, bei denen die spastische Komponente die Lähmungskomponente übertrifft. Bezüglich der eine Kontraindikation abgebenden Erscheinungen bei der Littleschen Krankheit schliesst sich Biesalski dem Vorredner an.

D i s k u s s i o n: **Peltesohn**: Die Fälle, die nach Operation mittelst Wurzeldurchschneidung gute Resultate gegeben haben, werden auch mit rein orthopädischen Behandlungsmethoden wesentlich gebessert. Die Förstersche Operation sollte erst dann in Erwägung gezogen werden, wenn alle anderen Methoden erschöpft sind.

Biesalski (S c h l u s s w o r t): Der Standpunkt von Peltesohn ist nicht zu bestreiten. Man soll aber doch die Methode von Förster nicht aufgeben.

3. **Wollenberg.** U e b e r e i n e b i s h e r u n b e k a n n t e E r k r a n k u n g d e r u n t e r e n F e m u r - A p o p h y s e.

Unter Demonstration der zugehörigen Bilder demonstriert W. an zwei



Fällen eine Erkrankung der Metaphyse des unteren Femurendes, die darin besteht, dass die Metaphyse verkürzt, wie abgebrochen erscheint. Es sieht so aus, als ob sie in eine breite Ausladung übergeht. Die Erkrankung scheint der Spontanheilung fähig zu sein. W. glaubt, dass es sich um eine Kombination der Rachitis mit einer spontanen Epiphysenlösung handele. Vielleicht liegt eine spontan ausgeheilte Ostitis fibrosa vor. Bibergeil, Berlin.

85) **Chrysospathes.** Aerztegesellschaft zu Athen. Sitzung vom 14.—27. Mai 1913. Volkmanns Sprunggelenkdeformität.

An der Hand von Röntgenbildern und Photographien von 3 Fällen genannter Deformität, die er innerhalb eines Jahres an Kindern zu beobachten die Gelegenheit hatte, bespricht Ch. diese Art der Deformität bes. in aetiologischer Hinsicht.

Der erste der Fälle beruhte auf angeborenem totalen Defekt der Fibula, die beiden anderen auf der zuerst von ihm beobachteten und beschriebenen angeborenen Luxation derselben nach hinten-innen. Während nun ersterer Fall eine 5 cm lange Verkürzung zeigte, wovon 2 cm auf den Ober- und 3 auf den Unterschenkel entfielen, ebenfalls Fehlen der 2. und 3. Zehe mit den dazu gehörigen Metatarsen, dagegen keine Verbiegung der Tibia und keine Reste von Amnionsträngen aufwies, waren bei den zwei anderen Pat. die Beine gleich lang und frei von angeborenen Mängeln.

Diesen Unterschied hält Ch. für ausreichend, um die Fälle mit Fibulamangel von denen mit Luxation der Fibula auseinander zu halten.

Seine zwei Fälle letzterer Art hält er in doppelter Hinsicht für interessant, einmal da sie eine neue Aetiologie der Volkmannschen Deformität aufdeckten und zweitens weil sie die bisher nicht bekannte angeborene Luxation der Fibula ans Licht brachten.

Aetiologisch beschuldigt er für erstere, Fehler in der Keimanlage, für seine Luxationsfälle Hemmnisse in dem Abschluss der normalen Bildung resp. Lage des Körperteiles.

Therapeutisch wandte er, bei dem Fall mit Verkürzung des Beines, einen diese ausgleichenden orthop. Apparat an, bei den Luxationsfällen ging er operativ vor, indem er an dem ersten die innere Hälfte der Achillessehne auf die Innenfläche des Kalkaneus periostal nähte. Bei dem anderen verfuhr Ch. radikaler, indem er den nach hinten-innen dislozierten Malleolus ext. von der hinteren Fläche der Tibia ablöste, an seiner Metaphyse abbrach resp. abknackte und ihn in seiner normalen Lage befestigte.

86) **Gernlanos.** Ueber Muskeltransplantationen.

An Photographien zeigt G. einen Fall von traumatischer Serratuslähmung, die er dadurch bedeutend besserte, dass er den Pectoralis major mit seinem Knochenansatz vom Oberarm loslöste und an die Scapula unten-innen verpflanzte.

Einen anderen Fall von Dystrophia musculorum juvenilis (Typus Erb) mit Schwäche der Schultermuskulatur, operierte er so, dass er in zwei Zeiten von jeder Seite je 4—5 Ansätze des Errektor trunci nahm und an den unteren Scapulawinkel annähte. Der Effekt dieser Operation war ziemlich befriedigend. insofern Patientin danach die Arme bis zur Horizontalen heben konnte, ohne dabei die Schultern, wie vor der Operation, mit zu bewegen. Diesen mässigen Erfolg hat G. dadurch erhöhen wollen, als er den an dem ersteren Fall ausprobierten operativen Eingriff auch hier versuchte, mit welchem Erfolg, ist allerdings noch abzuwarten. Chrysospathes-Athen.



87) **Gangolphe.** Subluxations congénitales larvées de la hanche chez l'adulte. (Soc. de chir. de Lyon 8. 5. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 9, p. 529.)

Bei einem Soldaten, der immer hinkte, wurde eine Schlaffheit des rechten Kniegelenks (Sprungfederknie), eine larvierte rechtzeitige Hüftluxation und Verbiegung des Schenkelhalses herausgefunden, — ohne Radiogramm eine sehr schwierige Diagnose, da sich die Zeichen der Luxation und der Schenkelhalsverbiegung aufheben. Spitzer-Manhold, Zürich.

88) **Gangolphe.** Tuberculose articulaire atténnée des deux condes, évoluant par poussées aignës. Luxation spontanée de la tête du radius gouche. (Soc. de chir. de Lyon 22. 5. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 9, p. 529.)

Ein erblich belasteter Soldat leidet seit dem 14. Lebensjahr an Schuben von „Gelenkrheumatismus", erst im linken, dann im rechten Ellbogen. Deshalb wird er auch ins Lazarett geschickt. Das Leiden ist tuberkulöser Natur. Der linke Ellbogen ist nicht schmerzhaft, es besteht eine spontane Luxation des Radius ohne jede Behinderung, deshalb ist auch ein operativer Eingriff zwecklos.

Spitzer-Manhold, Zürich.

89) **Durand.** Fracture et suture opératoire des deux rotules. (Soc. de chir. de Lyon 5. 6. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 9, p. 530.)

Vor einem Jahr fiel ein Mann aus dem 1. Stockwerk und brach beide Kniescheiben. Sie wurden beide genäht. Guter Erfolg. Der Mann geht ohne Hinken und kann lange Märsche machen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

90) **Destot et Japiot.** Luxation médio-carpienne en avant pathologique. (Soc. de chir. de Lyon 12. 6. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 630.)

Nach einem leichten Fall aufs linke Handgelenk vor einem Jahr behielt ein junger Mann Schmerzhaftigkeit, Geschwulst und Difformität in demselben nach, obgleich ihm sofort die Hand immobilisiert wurde. Die Radiographie zeigt eine pathologische Subluxation der 2. Carpalreihe nach vorn, die jedenfalls tuberkulösen Ursprungs ist. Eine Drüse in der Achselhöhle bestätigt diese Diagnose. Spitzer-Manhold, Zürich.

91) **Gangolphe.** Collum flexum des adolescents. (Soc. de chir. de Lyon. 19. 6. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 630.)

Ein jugendlicher Kranker wurde wegen linksseitiger Hüftgelenkentzündung zur Behandlung geschickt. Es bestand keine Einsattelung, keine reelle Verkürzung. Durch das Röntgenbild wurde die Diagnose eines collum flexum bestätigt. Wiederholte Radiogramme zeigen das Fortschreiten der Verkrümmung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

92) **Laroyenne.** Entorse du poignet. Diastasis scapho-lunaire. (Soc. de. chir. de Lyon 19. 6. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 631.)

Ein junger Mann wurde gewerblich dazu gezwungen, die Hand in Hyperextension anzustrengen. Er kam mit dem Zeichen einer Arthritis in Behandlung. Das Radiogramm zeigte, dass es sich um eine Handgelenksverstauchung mit Trennung zwischen Kahn- und Mondbein handelte. Die Beschwerden wurden durch Immobilisation behoben.

Spitzer-Manhold, Zürich.



93) **Schwartz et Delbet.** Sarcome á myéloplexie de l'extrémité inférieure du tibia. Evidement et plombage iodoformé-guérison depuis trois ans et demi. (Soc. de chir. de Paris 30. 7. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 9, p. 257.)

Ein Markzellensarkom des unteren Tibiateiles wurde ausgekratzt, die Höhle mit Mosetigmischung gefüllt, lange noch sickerte Jodoformöl aus, die solide Heilung wurde dadurch aber nicht beeinflusst. Delbet verfügt auch über 4 ähnliche Beobachtungen. Da die Mosetiglösung fast immer ausfliesst, schlägt er eine Mischung von rotem Wachs, Jodtinktur und Chloroform statt ihrer vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

94 **Ambrédanne.** Greffes osseuses rachidiennes dans le traitement du mal de Pott. (Soc. de chir. de Paris 15. 10. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 973.)

In 5 Fällen von malum Potti versuchte Vortr. die Albee'sche Knochentransplantation, nur dass er statt eines Tibiastückes ein Stück Schulterblattrand nahm. 1 Kind starb 4 Monate später an tuberkulöser Meningitis, 2 bekamen in andern, entfernten Körperregionen kalte Abszesse, bei allen wurden die Gibbositäten nach der Operation grösser. In der Diskussion wird darauf aufmerksam gemacht, dass Albee diese Operation nur bei ganz frischen Fällen macht, nicht bei chronischen, wie bei den besprochenen. Daher vielleicht das unbefriedigende Resultat hier. Spitzer-Manhold, Zürich.

95) **Monchet et Meaux-Saint-Marc.** Sur les formes anormales de l'hérédo-syphilis tardive des os longs. (Soc. de chir. de Paris. 15. 10. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 974.)

Vortr. teilen zwei atypische Fälle hereditärer Syphilis der langen Knochen mit. In beiden Fällen handelt es sich um isolierte Knochenherde. Fall 1: typische Sehmerzen, spindelige Auftreibung der rechten Ulna. Fall 2: am oberen Ende des einen Radius frisch entzündliche Erscheinungen. Die syphilitische Natur dieser Affektionen wird in der Diskussion trotz positiven Wassermanns und syphilistischer Stigmata angezweifelt. Spitzer-Manhold, Zürich.

96) **Mouchet et Vennin.** Luxation médio-carpienne en avant du poignet droit. Soc. de chir. de Paris 15. 10. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 975.)

Ein 25jähriger Mann fiel auf die ausgestreckte Hand vom Pferd herunter. Wurde als Radiusfraktur behandelt. 9 Monate später wurde die bestehende, stark ausgesprochene Deformität geröntgt und zeigte: eine Fraktur des Kahnbeins im mittleren Teil und eine Dislokation des Karpus in zwei Partien, die übereinander verschoben waren, eine erst in 2 Fällen beobachtete Luxation des Handgelenks. Spitzer-Manhold, Zürich.

97) **Chevrier.** Sur un cas de greffe italienne pour cicatrice vicieuse des deux index. Réapparition de la sensibilité an niveau de la peau greffée. (Soc. de. chir. de Paris 15. 10. 13. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 975.)

Bei einem 15jährigen Lehrling wurde auf beide Zeigefinger eine Hauttransplantation aus der Bauchhaut gemacht. Die transplantierte Haut war hyperästhetisch, während sie gewöhnlich sonst anästhetisch zu sein pflegt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. **Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Band VIII. Juni 1914. Heft 6.

(Aus dem orthopädischen Institut der Universität Freiburg i. B.)

Der Hackenfussschuh.

Von

Prof. Dr. A. RITSCHL.

(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Es ist eine bekannte Tatsache, dass der durch Insuffizienz der Fussbeuger bedingte pes calcaneus beim Gehen leicht zum »sursum flexus« werden kann; dies um so leichter, wenn durch den Schuh mit seinem Absatz der unterhalb der queren Fussgelenksachse gelegene Hebelarm mehr oder weniger verlängert ist.

Dieser Fusshebelarm verläuft strenggenommen (siehe Fig. 1) von der Mitte der queren Achse des Talocruralgelenkes (a) nach dem hintersten Punkte der Absatzfläche am Schuh (b). Denn letzterer gibt den Drehpunkt ab, um welchen der beim Gehen vorgesetzte Fuss, dessen Sohle sich zunächst noch über dem Boden befindet, bei der Abwicklung gewöhnlich nach abwärts strebt.

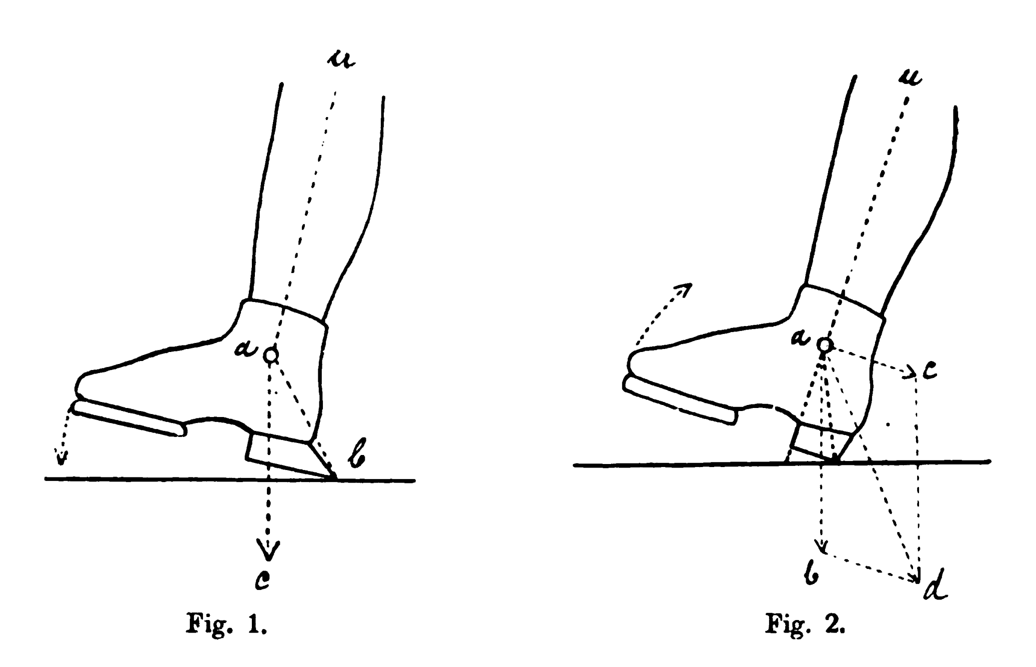


Fig. 1. Fig. 2.

Das untere Ende des Fusshebelarmes des beim Gehen vorgeschwungenen Beines ist somit festgelegt. Die Lage des Fusshebels kann sich daher nur durch eine Bewegung seines oberen Endpunktes (a) ändern. Schlägt er nach hinten aus, dann kommt es zum pes calcaneus sursum flexus; bewegt er sich dagegen nach vorn, so tritt alsbald die volle Sohle mit der Bodenfläche in Berührung.





Bestimmend für die Richtung, die der Fusshebel nimmt, ist aber:

1. die Lage der Unterschenkelachse (a—u),
2. der Winkel, den beim Aufsetzen des Absatzes auf den Boden die Unterschenkelachse mit dem Fusshebel einschliesst.

Beim Gehen konzentriert sich auf das untere Ende der Unterschenkelachse die Körperlast und wirkt als Schwere in senkrecht nach abwärts führender Richtung (Fig. 2, a—b). Hierzu kommt in wechselndem, im allgemeinen jedoch geringen Grade eine Kraft a—c, die beim Niedersetzen des Beines von der Muskulatur ausgeübt wird und am unteren Ende der Unterschenkelachse senkrecht zu dieser nach hinten gerichtet wirkt.

Ausschlaggebend für den Weg, den der Drehpunkt a nimmt, ist somit die Resultierende a—d, die das aus den genannten Kräften konstruierte Parallelogramm a—c—d—b liefert. Fällt diese Resultierende hinter den unteren Drehpunkt (hinterer Absatzrand), so schlägt der Punkt a nach hinten aus und es entsteht ein pes calcaneus sursum flexus, fällt sie vor den unteren Endpunkt des Fusshebels, so bleibt die Dorsalflexion des Fusses aus, die Sohle senkt sich zu Boden.

Hieraus ergibt sich, dass der pes calcaneus sursum flexus um so eher eintreten wird, je kleiner der Winkel ist, den das vorgesetzte Bein, bezw. die nach abwärts verlängerte Unterschenkelachse (siehe Fig. 2) mit dem Boden rückwärts einschliesst. Denn hierbei rückt der hintere Rand des Absatzes noch weiter nach vorne, die Resultierende aus Schwer- und Muskelkraft aber nach hinten.

Mit anderen Worten: je grössere Schritte gemacht werden und je gestreckter das Kniegelenk beim Vorschwingen des Beines gehalten wird, desto leichter das Umkippen. Ueberstreckung des Kniegelenkes, genu recurvatum, befördert bekanntlich bei bestehendem pes calcaneus die Gefahr der forzierten Dorsalflexion.

Dem Umkippen des Fusses nach oben wirkt demgegenüber entgegen, wenn die mit der Schwerkraft gemeinsam wirkende Muskelkraft unterdrückt, die Unterschenkelachse aber in eine solche Richtung gebracht wird, dass sie senkrecht, also in gleicher Richtung wie die Schwerkraft verläuft oder gar mit ihr einen nach vorn offenen stumpfen Winkel einschliesst.

Das lässt sich praktisch erreichen durch möglichst geringes Vorsetzen des Schwungbeines beim Gehen (kleine Schritte), ferner durch Beugehaltung im Kniegelenk.

Von massgebendem Einfluss ist ferner, wie oben bemerkt, der Winkel, den die Unterschenkelachse mit dem Fusshebel nach hinten zu einschliesst. Die Grösse dieses Winkels ist abhängig:



1. von dem Zuge der Fusstrecker, bezw. von deren Verkürzung,
2. von der Form des Schuhabsatzes (Fig. 1).

Je grösser dieser Winkel, um so weiter wird der untere Endpunkt des Fusshebels beim Aufsetzen des Stiefels nach vorn und dementsprechend vor die Resultierende aus Schwer- und Muskelkraft zu liegen kommen; je kleiner dieser Winkel, um so eher wird die Resultierende oder, wenn die Muskelkraft ganz unterdrückt wird (Fig. 3), die Schwerkraft (a—c) vor den unteren Endpunkt des Fusshebels (b) gelangen.

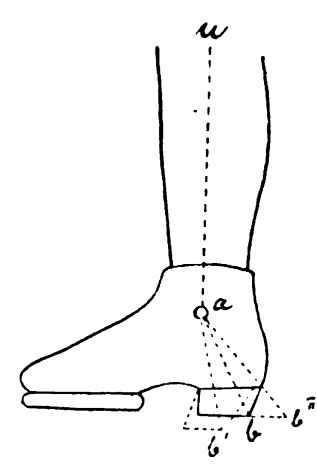


Fig. 3.

In einfachster Weise lässt sich nun der untere Endpunkt des Fusshebels nach hinten verlegen, wenn man den Absatz nach hinten verlängert (siehe Fig. 1 und 3).

Der Hackenfussschuh unterscheidet sich im wesentlichen vom gewöhnlichen Schuh durch seinen nach hinten vorragenden Absatz.

Fig. 3 lehrt ferner, wie andere Formen des Absatzes zu einer Vergrösserung des fraglichen Winkels führen. Besonders sind geeignet wie andere Fussdeformitäten so auch den pes calcaneus sursum flexus zu befördern Absätze, wie sie heute leider bei unserer Damenwelt, weil die Mode sie vorschreibt, beliebt sind. (vorderer punktierter Absatz Fig. 3).

Diese mechanischen Erwägungen veranlassten mich, bei einem 10jährigen Mädchen mit doppelseitigem angeborenen Hackenfuss, das in dem gewöhnlichen Schuhwerk, welches es trug, häufig an Umkippen der Füsse nach vorn oben zu leiden hatte, und bei dem demzufolge die Beugermuskelgruppe stark überdehnt war, solche nach hinten vorstehende Absätze zu verordnen. Es wurde zugleich vor zu grossen Schritten und stark gestreckten Kniegelenken beim Gehen gewarnt.

Ferner galt es die in der Entwicklung zurückgebliebenen, aber nicht gelähmten Wadenmuskeln durch Massage und Gymnastik zu kräftigen.

Die Wirkung der Hackenfussschuhe war vollkommen. Die forzierten Dorsalflexionen hörten sofort vollständig auf. Damit fiel das Haupthindernis fort, welches der Herstellung geordneter antagonistischer Verhältnisse entgegenstand: Die sich beim Umkippen der Füsse immer wiederholenden Ueberdehnungen der Beugermuskelgruppen.

Normale Verhältnisse in der Muskelspannung aber konnten erwartet werden vom Längenwachstum der Unterschenkelknochen.

Das Wachstum einer Muskelgruppe ist sicherlich gebunden an deren tägliche öftere maximale Ausdehnung. Der ausserordentliche Bewegungsdrang wachsender Individuen kommt diesen Zwecken unter normalen Verhältnissen in wirkungsvollster Weise entgegen und sollte auch aus diesem Grunde durch die Erziehung möglichst wenig eingeschränkt, vielmehr nach Kräften gefördert werden.

Alle Weichteile, deren Insertionsstellen am Knochen nicht öfters maximal voneinander entfernt werden, bleiben im Wachstum zurück, während die Knochen weiter wachsen. Daher auch das weit schnellere Zustandekommen von Kontrakturen am wachsenden als am ausgewachsenen Organismus.

Diesen Umstand bemühte ich mich beim angeborenen Hackenfuss therapeutisch auszunützen. Die Insertionsstellen der überdehnten Flexoren galt es dauernd vor übermässigem Auseinanderweichen zu schützen.

Dieses ist mir bei jenem Kinde durch das Tragenlassen von Hackenfusschuhen innerhalb eines Jahres schon so weit gelungen, dass das Kind, bei dem sich die Fussbeuger zu Anfang als völlig insuffizient erwiesen, sich jetzt nicht nur auf die Fusspitzen erheben, sondern auch mit erhobenen Fersen leidlich ausdauernd gehen kann.

Ich zweifle nicht daran, dass die einfachen Massnahmen, mit denen vor allem keinerlei Einschränkung der normalen Gelenkbewegungen und somit keinerlei Beeinträchtigung in der Entwicklung der Bewegungsorgane verbunden ist, zu einer völligen Ausheilung der lästigen Deformität führen werden.

(Aus der Gocht'schen chirurg. orthopäd. Privatklinik und dem Krüppelheim in Halle a. S., Direktor: Prof. Dr. H. Gocht.)

Günstige Resultate durch die Anwendung des Jodoformparaffins bei der Behandlung von granulierenden Wunden und Senkungsabszessen.

Von
Dr. FRIEDRICH LOEFFLER
Assistenzarzt.

Bei der Behandlung grosser Hautdefekte, wie wir sie bei Dekubitusgeschwüren, Verbrennungen, Furunkeln, infizierten schmie-



rigen Wunden u. s. w. finden, hatten wir Gelegenheit, eine grosse Reihe von Mitteln, die als „granulationsfördernd“ bekannt sind, anzuwenden und ihre Wirksamkeit kennen zu lernen. Eine häufige Abwechslung in der Anwendung dieser Medikamente bei derselben Wunde genügt schon oft, um ein besseres, frisches Granulationsgewebe zu bekommen, als man durch die Anwendung desselben Medikaments erzielen kann.

Unter diesen Mitteln fiel uns besonders das Jodoformparaffin auf, das am besten und in kürzester Zeit frisches rotes Granulationsgewebe bildete.

Chrysospathes-Athen hat zuerst auf die günstigen Resultate, die er mit dem Jodoformparaffin erzielt hat, aufmerksam gemacht und zur ausgedehnteren Anwendung dieses Mittels aufgefordert. In den beiden letzten Kriegen gegen die Türken und Bulgaren hatte er Gelegenheit bei mehreren Hunderten Verwundeten, die mit eiternden Wunden in seine Behandlung kamen, dieses Jodoformparaffin anzuwenden, die Wunden damit zur Reinigung zu bringen, schöne rote Granulationen zu erzielen und in verhältnismässig kurzer Zeit die Verwundeten als geheilt zu entlassen. Irgendwelche Intoxikationen selbst bei reichlicher Anwendung der Lösung, hatte er nicht beobachtet.

Das Jodoformparaffin besteht aus einer Lösung von 2,5 gr Jodoform. pulv. in 100 ccm Paraffinum liquid. In dieser Zusammensetzung löst sich das Jodoform am besten und vollständig auf. Es bildet sich dann eine schöne gelbliche Flüssigkeit bei neutraler Reaktion des Paraffins. Bei schwach saurer Reaktion färbt sich die Lösung schön rubinrot, das sich wohl aus dem Freiwerden von Jod erklärt. Mehr Jodoform hinzuzusetzen ist nicht ratsam, da sich dieses im Paraffin nicht mehr löst, sondern auf dem Boden des Gefässes ausfällt. Am besten verreibt man zuerst 2,5 gr Jodoform pulverat. mit einigen ccm Paraffin. liquid. zu einem Brei und setzt diesen dann zu den 100 ccm Paraffin hinzu.

Wir verfuhren nun folgendermassen:

Auf die zu granulierenden Wunden brachten wir einige ccm 2,5 % Jodoformparaffins. Um nun ein zu schnelles Aufsaugen dieser Lösung durch die die Wunde bedeckenden sterilen Tupfer zu vermeiden, so bestrichen wir vorher die Tupfer mit einer indifferenten Salbe und konnten so sehr gut das Aufsaugen der Lösung und das lästige Ankleben der Tupfer auf der Wundfläche vermeiden. Das Jodoformparaffin konnte auf diese Weise sehr gut seine granulationsfördernden Eigenschaften entfalten. Die mit schmierigem

Belag bedeckten Dekubitusgeschwüre reinigten sich schnell, frisches rotes Granulationsgewebe trat hervor und in sehr kurzer Zeit, wie wir es durch kein anderes Mittel erreichen konnten, schlossen sich die wunden Stellen. Irgendwelche Intoxikationserscheinungen haben wir selbst nach reichlicher Anwendung auch bei kleinen Kindern nicht beobachten können.

Durch diese guten Resultate fühlten wir uns veranlasst, das Jodoformparaffin auch bei tuberkulösen Senkungsabszessen zu versuchen, wo es doch in erster Linie darauf ankommt, die nach Entleerung des Eiters grosse Abszesshöhle zum Verkleben zu bringen. Nachdem der Eiter aus der Abszesshöhle durch Punktion unter strengster Asepsis entleert ist, wird noch eine Spülung der Abszesshöhle mit 3 % Borwasserlösung oder physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen, um die noch in den Nischen und Falten befindlichen tuberkulösen Massen zu entfernen. Früher injizierten wir nun verschiedene grosse Mengen 10 % Jodoformglyzerins. Wenn auch die Erfolge recht gute waren, so traten doch manchmal bei kleinen Kindern unangenehme Nachwirkungen auf, die teils auf die verhältnismässig starkprozentige Jodoformglyzerinlösung, teils auf das Glyzerin selber zurückgeführt werden mussten. Daher verwandten wir das 2,5 % Jodoformparaffin zur Injektion. Wir konnten anstandslos grössere Mengen injizieren, da erstens der Prozentgehalt des Jodoforms viel geringer war und zweitens wir durch die Anwendung des Paraffins noch keine unangenehmen Nachwirkungen gesehen hatten. Und es war erstaunlich, wie manchmal schon nach der ersten Injektion die Abszesshöhle bedeutend kleiner wurde durch die durch Granulationen bedingte feste Verklebung der Abszesswandungen.

Auf Grund unserer guten Resultate, die wir mit dem 2,5 % Jodoformparaffin als „granulationsförderndes“ Medikament erzielt, ohne irgendwelche unangenehmen Nachwirkungen gesehen zu haben, möchten wir doch dringend zur häufigeren Anwendung raten, besonders bei der Behandlung tuberkulöser Senkungsabszesse.

---

1) **Muskat.** Die Anwendung der Diathermie zur Behandlung des fixierten Plattfusses. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1913. 13.)

Die vorzüglichen Resultate, welche die Anwendung der Diathermie zur Erzeugung von Wärme im Körper selbst, bei den verschiedenartigsten Erkrankungen, besonders bei Gelenkveränderungen aufzuweisen hatte, veranlassten M., beim fixierten Plattfuss ebenfalls



diese Behandlungsmethode zu verwerten. Er beschreibt seine Anwendungsweise, bei der er dem Patienten seine Wärmeregulierung selbst überlässt, welche bis zur Grenze des Erträglichen gesteigert werden kann, ohne dass irgend eine Verbrennung eintritt. Natürlich ist bei Personen mit gestörtem Empfindungssinne die grösste Vorsicht geboten und am besten eine derartige Behandlungsmassnahme zu vermeiden. — Durch Anwendung der Diathermie gelang es dem Verf. häufig in wenigen Sitzungen die vorhandenen Fixierungen zu lösen und dem Patienten die normale Stellung des Fusses wiederzugeben. Besonders gute Einwirkung wurde bei Schwellungen in der Fussohle erzielt, welche unter dem ersten Metatarsalknochen sich befanden. Auch bei den arteriosklerotischen Spasmen war in kurzer Zeit eine nachweisbare Besserung eingetreten. M. sieht auf Grund seiner Erfahrungen in der Diathermie ein wirksames Heilmittel bei der oft schwierigen Plattfusstherapie, speziell der fixierten Formen.

Blencke, Magdeburg.

2) **Looser.** Ein Beitrag zur militärärztlichen Beurteilung des „Plattfusses". (Militärärztl. Beilage Nr. 4 zum Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 43 Jg., Nr. 50.)

Verf. untersuchte bei 250 Rekruten unbelastet und mit 27 kg belastet (Gewicht der Infanteriebepackung) die Fussabdrücke, den genauen Umriss und die in mm angegebenen Malleolenabstände. 44% Plattfüsse wurden gefunden, davon nur 12% mit subjektiven Beschwerden. Durch das Tornistergewicht war keine typische Veränderung in der Fusskonfiguration, keine Vermehrung der Valgusstellung zu konstatieren. Verf. kommt zu dem Schluss, dass man bei der Rekrutenaushebung mit der Untauglichkeitserklärung wegen Plattfuss viel weniger freigiebig sein muss, nur diejenigen sollen zurückgestellt werden, die einen ausgesprochenen kontrakten Plattfuss mit konvexem Innenrand und zyanotischer Hautverfärbung haben. Ausserdem können die Fussverhältnisse bei der Aushebung nur ungenügend und nur während des Dienstes bei längerer Beobachtung richtig beurteilt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Osgood, Robert B.** Pathologie and symptomatic weightbearing. A consideration of the prevention and cure of foot-pain. (The American journal of orthopedic surgery, Vol. 9, Nummer 3, 1912.)

Die Ursachen der Plattfussbeschwerden teilt O. ein in äussere und innere; zu den äusseren rechnet er die Zunahme des Körpergewichts, Berufsänderung, die eine grössere Inanspruchnahme der



Füsse durch Arbeit im Stehen zur Folge hat, akute schwächende Krankheiten und nervöse Uebermüdung; zu den inneren Ursachen zählt er die Erschlaffung der Bänder und daraus folgende Verschiebung der Knochen, hervorgerufen durch falsche Stellungen und Haltung, durch schlechten Gang und dadurch verursachte Störungen des Muskelgleichgewichts, und durch unzweckmässiges Schuhwerk. Therapieversuche, die nicht auf die Ursachen jedes einzelnen Falles eingehen, sind erfolglos. Deshalb ist es notwendig, eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers nach guter Anamnese vorzunehmen und lange getragenes Schuhwerk des Patienten vor und nach der Abnahme vom Fuss genau zu untersuchen; die Form des ausgezogenen Stiefels lässt die Haltung des Fusses bei der Arbeit und der Belastung erkennen; dann erst ist der nackte Fuss zu untersuchen, und zwar unbelastet, belastet und beim Gehen. In der Therapie ist streng zu individualisieren und auf die soziale Stellung des Pat. Rücksicht zu nehmen. Auch mit der Art der zu wählenden Einlage muss man, je nach dem Fall wechseln. Nicht zu unterlassen ist die Vornahme aktiver und passiver Adduktions- und Supinationsübungen, die ja anfangs von der Mehrzahl der Pat. nur widerwillig und nachlässig ausgeführt werden; wenn der Pat. aber erst merkt, wie sich seine Beschwerden bessern, dann führt er sie gern aus.

Bei Berufen, die viel zu stehen haben, wie z. B. Polizisten, Feuerwehrleuten, Krankenpflegerinnen usw. empfiehlt Verfasser eine „praeventive“ Behandlung durch sorgfältige Auswahl des Schuhwerks, mit Uebungen und endlich mit Einlagen. Bei 84 von 133 neu eingetretenen Schwestern des Massachusetts General Hospital war diese vorbeugende Behandlung notwendig. Klar, München.

4) **Lance.** Le pied plat chez l'enfant et chez l'adulte. (Gaz. des hop. 86 ème année, Nr. 37, p. 598.)

V. bespricht den Plattfuss kleiner Kinder (ausgenommen den angeborenen, paralytischen, traumatischen nach Malleolarfrakturen und Tibiaepiphysenlösungen), der als week ankle bekannt ist und auf allgemeiner Muskelhypotonie (Laxheit aller Gelenke) beruht und auf allgemein roborierende Behandlung zurückgeht. Der Plattfuss grösserer Kinder infolge rachitischer Knochenveränderungen (genu valgum, coxa vara) weist, wie die erste Form, fast gar keine Schmerzhaftigkeit auf, diese kommt nur bei tuberkulösen Osteitiden und leichten Arthritiden im Verlauf von Infektionskrankheiten (Scharlach, Typhus, Parotitis, Anginen) sowie bei Vulvitis (Periostitis des Calcaneus) vor. Zwischen dem 6. bis



10. Lebensjahr beobachtet man oft eine schmerzhafte Läsion unklaren Ursprungs, von den einen als Entwicklungshemmung (im Radiogramm ist der Knochenkern des Fussnavikulare bis auf $^1/_3$ seiner Grösse verkleinert, unregelmässig konturiert) aufgefasst, von anderen als Navicularfraktur. Die sogenannten schwachen Füsse sollen nicht in recht hohe, feste Stiefel eingeschnürt werden, sondern man soll die Kinder möglichst barfuss laufen lassen, weil das die Fussmuskulatur am besten kräftigt. Neuerdings wird das Stelzengehen als sehr gut gegen Plattfuss empfohlen. Was den Plattfuss der Erwachsenen anbetrifft, so tritt als Symptom die Schmerzhaftigkeit vor der Abflachung des Fussgewölbes in den Vordergrund. Oft handelt es sich um plötzlich fettgewordene Leute, häufig Frauen, um Gravide, bei denen der Bandapparat sich lockert. Bei alternden Leuten sind die Plattfussbeschwerden oft mit Arthritis deformans und Gefässveränderungen in Zusammenhang zu bringen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **Müller, Eug.** Ueber die Resultate der Ernst Müllerschen Plattfussoperation. (Bruns, Btrge. z. klin. Chir. Bd, 85. 2. H., p. 424.)

Die E. Müllersche Plattfussoperation besteht darin, dass bei schweren Fällen, bei denen das Tragen von Einlagen zum Aufrichten des Gewölbes nicht genügt, die Sehnen der Musc. tibialis anticus durch einen Kanal des Naviculare durchgezogen und dadurch das Gewölbe in die Höhe gehoben wird. Die Technik ist folgende: Von einem Bogenschnitt wird das Naviculare und der Ansatz der Tibialissehne freigelegt. Die Sehne wird abgetrennt, durch einen 6—7 mm weiten Kanal des Naviculare durchgezogen nach der Plantarseite und dann, während der Fuss möglichst supiniert wird, so stark als möglich nach der Dorsalseite gezogen und dann hier periostal am Naviculare befestigt, sodass dieses also in einer Schlinge der Sehne ruht. Diese Operation wurde in 10 Jahren an 52 Patienten ausgeführt, von denen 27 Patienten nachuntersucht werden konnten. Bei diesen waren im ganzen 46 Füsse operiert. Von den 46 Füssen wurde bei 36 ein befriedigendes Resultat erzielt. Bei 25 sind keine Einlagen mehr nötig, bei 11 werden die Einlagen nur aus Vorsicht getragen. Bei weiteren acht Füssen sind Einlagen noch notwendig, jedoch bei guter Stellung und voller Leistungsfähigkeit. Nur bei einem Patienten ist das Resultat unbefriedigend, weil durch intercurr. Scharlach die richtige Nachbehandlung nicht möglich war. Baisch, Heidelberg.



6) **Hoke, Michael.** An operative treatment for the correction of relapsed and untreated talipes equinovarus. (The American journal of orthopedic surgery, Vol. 9., Nummer 3, 1912.)

H. machte bei Klumpfüssen, ohne zu redressieren, in verschiedenen Sitzungen multiple Osteotomien, keilförmige und lineäre der 5 Mittelfussknochen, (diese zur Korrektur der Adduktion des Vorderfusses), des Taluskopfes, des Talushalses, des os cuboid. und der Keilbeine und auch, um den mall. ext. weiter nach vorn und den Talus zwischen diesen und den mall. int. zu bringen, der Fibula. 11 Krankengeschichten mit Bildern. Resultate gut. Klar, München.

7) **Fränkel, James** (Berlin). Zur Aetiologie und Therapie des angeborenen Klumpfusses. Mit 117 Abbildg. (Zeitschrift f. orthop. Chirurg. Bd. XXXII. S. 115—200.)

In der ausführlichen, mit zahlreichen Photographien, Zeichnungen und Röntgenbildern ausgestatteten Arbeit beschäftigt sich F. mit der Aetiologie und Therapie des angeborenen Klumpfusses. Im ersten Abschnitt (Aetiologie) kommt er zu dem Ergebnis, dass die Entstehung des Klumpfusses noch keineswegs geklärt ist, dass aber eine Reihe von Tatsachen (Lähmungsbefunde, amniogene Formen, anamnestische Daten) auf eine bestimmte Richtung, die Pathologie der Schwangerschaft, hinweisen. Die Geburtshelfer seien berufen, Licht in das noch bestehende Dunkel hineinzubringen. Der zweite Abschnitt der Arbeit (Therapie) zerfällt in 6 Unterabteilungen: 1) Redressement, 2) Fixation, 3) Frühbehandlung, 4) Nachbehandlung, 5) operative Behandlung, 6) Ergebnisse.

Ad. 1) Das unblutige gewaltsame Redressement ist den blutigen Methoden überlegen. Es hat Nachteile: Nachschmerzen, (selten) Nervenläsionen, traumatisches Oedem, Einrisse in die Fussohle mit nachfolgender Narbenkontraktur, supramalleoläre Infraktionen, Gefahr der Fettembolie. Eine besondere Besprechung findet die Frage der Tenotomie der Achillessehne, die F. verwirft. F. beschreibt und illustriert dann die an der Bierschen Klinik übliche Behandlung im Saugapparat, die bereits früher veröffentlicht wurde (Deutsche med. Wochenschr. 1908 und Verhandl. des 38. Chirurg. Kongr.). Das Redressement wird nach einem Heissluftbad von 20 Minuten Dauer vorgenommen. Bei Säuglingen werden nach der Saugglasbehandlung besondere, durch Heussnersche Spiralen gespannte Züge verwendet. (4 Abbildg.)

Ad. 2) Fixation im Gipsverband. Sie hat keine wesentlichen Nachteile. Die Muskelatrophie verschwindet später bei der Funktion. Das Abrutschen der Verbände bei Säuglingen ist durch vollkommene Mobilisation der Ferse am besten zu verhindern.



Ad. 3) Beginn der Behandlung möglichst früh. (Die Periode des schnellsten Wachstums des Fusses im 1. Lebensjahr soll ausgenutzt werden.) Kontraindikation der Frühbehandlung ist schlechter Ernährungszustand.

Ad. 4) Hauptziel: Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts. Heissluft, Massage und Elektrizität zur Kräftigung der Pronatoren. Als Apparat für Nachbehandlung: Innenschiene mit „Haspenscharniergelenk“ (Abbildg.) Lineare quere Osteotomie als periartikuläre Stellungskorrektur und als Korrektur der Unterschenkeltorsion.

Ad. 5) Sehnenverpflanzungen bei irreparablen Muskellähmungen. Verkürznng der überdehnten Muskeln, Verlegung des Achillessehnenansatzes nach Gocht, periostale Verpflanzung auf den äusseren Fussrand. Die Berechtigung einer etwaigen Talusexstirpation*) (Lund) oder Enukleation (Ogston) wird aus „sozialer Indikation“ in Kombination mit Redressement anerkannt.

Ad. 6) F. hat in 3½ Jahren 138 Patienten mit 213 Klumpfüssen nach seiner Methode behandelt und wie aus seiner Zusammenstellung, den beigefügten Bildern und Krankengeschichten hervorgeht, sehr gute Resultate erzielt. Natzler, Mülheim-Ruhr.

8) **Froelich.** Des osselets surnuméraires du tarse. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 501.)

Verf. konnte von den häufigsten überzähligen Knochen des Tarsus fünf Fälle von tibiale externum, zwei von os trigonum (talus accessorius), einen Fall von cuboidale accessorium und zwei von hinterer isolierter Epiphyse des Metatarsus V beobachten. Die praktische Bedeutung, die diesen abnormen Knochen zukommt, ist das häufige Auftreten von Tarsalgien im jugendlichen Alter (Traumen ausgesetzt, andererseits Sitz infektiöser Osteïtiden). Es handelt sich um analoge Vorgänge wie bei Apophysitiden anderer Knochen im jugendlichen Alter (Schlattersche Krankheit etc.). Das Röntgenbild stellt die ausschlaggebende Diagnose. Häufig doppelseitiges Vorkommen der Abnormität. Es werden noch gefunden: überzähliges os calcaneum, uncinatum, doppeltes cuneiforme, ein os intermetatarsale, davon konnte V. aber keine persönlich beobachten. Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Brutzer.** Ueber das Mal perforant du pied. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 124. H. 1/4, p. 92.)

Verf. vertritt die Ansicht, dass ein Mal perforant des Fusses durch Druck der deformierten Gelenke oder Knochen auf die

*) Gleich Dieffenbach hält F. für die Klumpfussbehandlung die Forderung einer ähnlichen staatlichen Aufsicht, wie bei der Pockenimpfung, für berechtigt.



Weichteile und Haut neuropathischer Personen entsteht, und dass durch die Resektion dieser Gelenke oder Knochen Heilung erzielt werden kann. Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **Leuba.** Die Heliotherapie der Fusstuberkulose. (Dtsch. Ztschrft. f. Chirurg. Bd. 125, H. 5—6, p. 413.)

V. bringt mit Radiogrammen und Photographien die Krankengeschichten von 94 mit Fusstuberkulose schweren Grades behafteten Kranken, bei denen vor der heliotherapeutischen Kur in Leysin schon alle konservativen Methoden probiert worden waren, ohne Erfolg zu haben. 87 dieser Fälle sind geheilt mit Wiederkehr der Funktion des Fussgelenks. Der einzige Vorwurf, der der Heliotherapie gemacht werden kann, ist die relativ lange Dauer der Kur bis zum definitiven Erfolg, und es bleibt für die Zukunft staatlichen Wohlfahrtseinrichtungen vorbehalten, auch für die ärmere Bevölkerungsschicht durch Einrichten billiger Sonnenkurheilstätten die Möglichkeit zu schaffen, ohne verstümmelnde chirurgische Eingriffe die Knochen- und Gelenkstuberkulose zu heilen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Heinlein.** Zur Aetiologie und Therapie des genu valgum. (Deutsch. med. Woch., Nr. 15, 1913.)

Bei einem 15jährigen Lehrling hatte sich seit dem 8. Lebensjahre durch eine Anschwellung an der Innenseite der rechten Kniegegend ein hochgradiges genu valgum allmählich entwickelt, die Geschwulst war, wie die Untersuchung nach der Exstirpation ergab, ein Angiofibrom im unteren Ende der medialen Vastusausbreitung, das zur Entwicklung des schweren genu valgum Anlass gegeben hatte. Durch die Neubildung waren die Muskelanspannungsverhältnisse stark geschädigt, und der an den benachbarten festen Punkten angreifende Muskelzug ausgeschaltet, sodass durch die überwiegende Wirkung der Antagonisten die Deformität entstehen musste. Nach der Operation wurde der Pat. in einem Pappschienenverband mit unkorrigiertem Kniegelenk entlassen und für spätere Osteotomie wiederbestellt; er kam aber nicht, und nur durch einen Zufall (Fingerverletzung) kam er dem Verf. wieder zu Gesicht; und da stellte sich heraus, dass das genu valgum vollständig verschwunden war, an der Streckung fehlten nur noch 5—10 Grad und Beugung war bis zum rechten Winkel möglich. Es ist also anzunehmen, dass der ohne Osteotomie erfolgte Ausgleich der Deformität zustande gekommen ist infolge Wirksamwerdens der Transformationskraft des Knochens, nachdem normaler Muskelzug und normale Muskelfunktion wiederhergestellt worden waren, so dass ohne Stützapparat der



difforme Knochen sich umformen musste. Man muss daran denken, diese Beobachtung zu benutzen bei der Korrektion des genu valgum und eventuell bei dieser Deformität nach Osteomyelitis, wo man sich doch scheut, an den Knochen operativ heranzugehen, um nicht ein Wiederaufflackern der Knocheneiterung zu erleben, und Muskelüberpflanzungen zu machen. Klar, München.

12) **Kirmisson.** Traitement opératoire d'nue ankylose rectiligne du genou droit chez nu jenne homme présentant une double ankylose des genoux dans la position rectiligne, et une ankylose incomplète de la hanche gauche. (Rev. d'orthopéd. T. V. Nr. 6, p. 571.)

Bei Behandlung der Ankylosen der oberen Extremität ist das Wünschenswerte, eine grosse Beweglichkeit zu erzielen, an der unteren Extremität eine grosse Stabilität. Verf. operierte nur ungern bei einem Jungen eine geradlinige feste Ankylose des einen Knies (notgezwungen durch die prekären Verhältnisse des Patienten infolge einer ebenfalls geradlinigen Versteifung des andern Knies und einer inkompleten der linken Hüfte). Beschreibung der Operation. Interposition eines Lappens von fibroadipösem Gewebe. Glatte Heilung. Anfangs gute Beweglichkeit, das Endresultat nach einigen Monaten war aber ein betrübendes: die Exkursionsweite beträgt jetzt kaum 10—15°. Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Broeg.** Le traitement sanglant des ankyloses vicieuses du genou. (Rev. de chir. 33e année, Nr. 9, 10 et 11, pp. 345, 590 et 772.)

Verf. hat einen eigenen Gonometer konstruiert, der schnell und sicher den Abweichungswinkel zu messen erlaubt. Die Teleradiographie gibt bei den Ankylosen des Knies ein präzises Knochenbild, und man kann auf dem Abzug die vorzunehmende Operation anzeichnen und die Verkürzung, die es geben wird, berechnen. Eine Verkürzung von 2—3 cm gibt die besten funktionellen Resultate. Die Operation an einem ankylotischen Knie in falscher Stellung ist möglichst früh auszuführen, um dem Kranken sobald als möglich den Gebrauch seiner Extremität wiederzugeben, da die trophischen Störungen rapid fortschreiten, Knochenbrüchigkeit, Muskelschwäche — und Degeneration auftreten. Bei Kindern muss man den Gelenkknorpel möglichst schonen, Osteotomien ausserhalb des artikulären Bezirkes machen, beim Erwachsenen (vom 18. Jahr ab) ist die orthopädische Resektion Operation der Wahl, wenn sie nicht zu stark verkürzt, sonst ist eine ökonomischere Resektion und doppelte schiefe Osteotomien



mit progressiver Extension vorzuziehen. Die Implantation ganzer Gelenke ist eine noch zu unsichere und zu wenig erprobte Methode. Bei Erwachsenen ist sie in entsprechenden Fällen vielleicht anzuwenden, bei Kindern wegen Läsion der Verbindungsknorpel nicht. Von den mobilisierenden Verfahren scheint bis jetzt das Payrsche (Interposition gestielter Aponeuroselappen) das empfehlenswerteste zu sein. Als sekundäre Eingriffe werden oft Operationen im periartikulären Gewebe (Myoplastiken, Transplantationen am Quadriceps) notwendig. Bei winkligen Ankylosen, bei denen die Flexoren das Uebergewicht haben, muss man diese oft auf die Patella überpflanzen, um die Wiederherstellung der falschen Position nach dem Redressement zu umgehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Jaboulay.** Tumeur blanche du genou. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 11, p. 341.)

Beschreibung eines Falles von Tumor albus des rechten Knies bei einem 19jährigen Arbeiter, der vor 5 Jahren, eine Last tragend, aufs rechte Knie fiel und seit dieser Zeit Beschwerden hatte. Er kann trotzdem gut gehen, das Kniegelenk kann bis zu ca. 20° gebogen werden, es ist geschwollen, gibt bei Palpation das Gefühl einer Pseudofluktuation, Verschiebung der Patella lässt ein Knirschen hören. Es handelt sich um eine in Heilung begriffene Osteoarthritis des Kniegelenks. Die Therapie wird sich deshalb auf Immobilisation und Hebung des Allgemeinzustandes beschränken.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Alapy.** Zur Frage der Resektion des kindlichen Kniegelenks. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 3, p. 855.)

Da nach den neueren Publikationen die Kniegelenksresektion auch bei ganz jungen Kindern bei langer Nachbehandlung gute funktionelle Resultate ergibt, hält Verf. seine früher aufgestellte, von Garrè scharf angegriffene These, dass bei tuberkulös eiternden kindlichen Kniegelenken mit der Amputation nicht zu lange gezögert werden dürfe, nicht mehr aufrecht. Im übrigen ist er der Ansicht, dass Garrè auch leichtere Fälle von tuberkulösen kindlichen Kniegelenken reseziert, welche in orthopädischen Anstalten durch konservative Massnahmen ausgeheilt werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Nové-Josserand, Rendu et Michel.** De l'extension par le „clou de Codivilla“ dans les fractures du fémur chez l'enfant. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 487.)

Die Verfasser teilen vier Fälle komplizierter Oberschenkelbrüche mit Verschiebung der Fragmente und bedeutender Verkürzung bei



Kindern mit, die nach der modifizierten Codivillaschen Methode (die Modifikation besteht in Anlegen eines festen Beckengipsverbandes, an dem die Kontraextension angebracht wird) mit dem in den Calcaneus gejagten Nagel für die Extension erfolgreich behandelt wurden. In zwei Fällen bekam man als Endresultat sogar eine Verlängerung der kranken Extremität um 1 cm. Die Knochenläsionen im Calcaneus störten keineswegs die Funktion und die Defekte füllten sich wieder aus. Die Steinmannsche Nagelextension (Einjagen der Nägel in die Epiphysen) kann beim Kinde wegen der Gefahr einer Epiphysenknorpelschädigung keine Anwendung finden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Ewald, Paul.** Eine typische Verletzung am condylus medialis femoris. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1913.)

Nach verhältnismässig geringen Traumen des Kniegelenks wird seit einigen Jahren eine Knochenneubildung am condylus medialis femoris (Stieda) beschrieben, die auf dem Durchleuchtungsbild erst mehrere Wochen nach dem Trauma zu sehen ist. Das Trauma kommt in der Regel so zustande, dass das Knie im Sinne des X-Beins plötzlich durchgebogen wird, bei gleichzeitiger Aussenrotation des Unterschenkels. Klinisch besteht zunächst ein Gelenkerguss, und nach dessen Resorption sieht man, besonders bei mageren Leuten, am condylus medialis femoris eine zirkumskripte Verdickung in der Grösse und Form eines 3- oder 5-Markstücks, das mit dem Knochen direkt verwachsen scheint und bei Druck schmerzhaft ist . . Wenn man das Durchleuchtungsbild genau untersucht, sieht man, dass der neue Knochen deutlich durch eine Bindegewebsschicht vom condylus getrennt ist. Es besteht dann mehr oder weniger Versteifung des Kniegelenks, so dass weder Beugung noch Streckung vollkommen möglich sind. Während Stieda und die anderen bisherigen Beobachter dieses Krankheitsbildes die Entstehung des neuen Knochens als Kallusbildung infolge Periostabrisses ansahen, glaubt Verf. auf grund seiner Beobachtungen an 6 Fällen, dass es sich hier um eine Bindegewebsverknöcherung handelt, entstanden durch den Reiz von Synovia, die bei dem Trauma sich aus dem Gelenk in das paraartikuläre Gewebe ergossen hat. Verf. knüpft mit dieser Theorie an seine Auffassung der Entstehungsursache der Myositis ossificans an. Eine gewisse Behinderung der Kniegelenkbewegungen bleibt meistens zurück.

Klar, München.

18) **Rocher.** A propos d'un cas de coxa vara cervicale d'origine infectieuse (Pathogénie de Froelich). (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 3, p. 73.)



Froelich stellte als erster den Satz auf, dass eine essentielle coxa vara (Nachgiebigkeit des epiphysären Knorpels) durch eine infektiöse Ursache (z. B. larvierte Osteomyelitis) herbeigeführt werden könne. Verf. bringt eine eigene Beobachtung zur Bekräftigung dieser infektiösen Theorie und zwar als Aetiologie ein schwerer Scharlach. Im Gefolge kam dann eine kongestive Ostitis des Femurkopfes hinzu, die zu einem Einsinken und zur Abflachung desselben führte. Behandlung: Immobilisierung, Thermotherapie, Kontentivverband der Hüfte, erhöhter Schuh. Resultat: Gehen ohne Hinken, ab und zu noch Schmerzen, aber keine solchen Anfälle mehr, die eine dauernde Immobilisierung erfordern würden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Derscheid-Delcourt.** La luxation congénitale de la hanche et son traitement. (La patholog. infantile. 10e année, Nr. 12, p. 221.)

Verfasserin teilt ihre eigenen Erfahrungen über unblutige Hüftgelenksreduktion nach Lorenz bei 75 Fällen mit und legt den Hauptwert auf die Nachbehandlung, resp. auf jahrelange Kontrolle des Zustandes der kranken Hüfte durch den Arzt, der die reduzierende Operation gemacht hat, sowohl klinisch als durch das Röntgenbild. Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Boehnke.** Beitrag zur traumatischen Hüftgelenksluxation bei Kindern. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1077.)

Ein Knabe erlitt durch einen Schlag der emporschnellenden Eisenbahnschranke eine Hüftgelenksluxation. 2½ Monate später wurde nach unblutigen Versuchen die blutige Reposition ausgeführt. Die Gelenkpfanne musste von schwieligen Massen gesäubert werden, wobei sie den grössten Teil ihres Knorpelüberzuges einbüsste, was der Grund sein dürfte zu einer während der Nachbehandlung eingetretenen Ankylose. Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Loepp.** Luxatio femoris centralis traumatica. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1092.)

Ein 40 jähriger Arbeiter fiel von einer Leiter auf die rechte Hüfte und erlitt einen Splitterbruch des Pfannenbodens, durch welchen gleichzeitig der Schenkelkopf völlig ins Becken eintrat. Ausser einer Fissur des os ilei zeigte Becken und Femur keine weitere Verletzung; es handelte sich also um eine selten vorkommende reine Luxatio femoris centralis. Die Reposition erfolgte durch starke Extension mit gleichzeitigem Zug am Oberschenkel nach aussen. Die Prognose ist eine ernste; es können Shockwirkung, schwere Blutungen, Nervenverletzungen, Blasenstörungen, Verletzungen des



Darmes oder Bauchfells eintreten. Auch bei den günstigen Fällen ohne Komplikation bleibt meist eine Funktionsstörung zurück.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Lance.** Luxation précoce dans la coxalgie. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6. p. 573.)

Bei einem 11 jährigen Mädchen (Tb. in der Familie, das Kind hatte auch schon kleine tuberkulöse Herde — spina ventosa einer Zehe — gehabt) sah man 3 Tage nach Eintritt heftiger Schmerzen im Knie und in der Hüfte (Hinken hatte ohne Beschwerden schon längere Zeit bei Ermüdung bestanden) auf dem Röntgenbild eine drohende Luxation des Femurkopfes aus der Pfanne (beide in ihrer Form noch normal). Unter dem Cruralbogen fühlte man fungöse Massen und einen beginnenden kalten Abszess. Punktion ohne Eiterentleerung. Leichtgelingende Reduktion der Hüfte in Narkose. Dabei das Gefühl, wie wenn mit dem Kopf weiche Massen zerdrückt würden. Immobilisierung. Ueberführen der Kranken nach Berck-sur-Mer. Seitdem Hebung des Allgemeinbefindens. Mehrmalige Punktion des Senkungsabszesses.

Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Becker.** Ueber die Tuberkulose der Schleimbeutel der Hüftgegend. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1049.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von tuberkulöser Erkrankung der Bursa trochanterica profunda, welche das eine Mal primär, in Form einer schmerzlosen fluktuierenden Geschwulst, das andere Mal sekundär, nach früherer Coxitis, mit Fistelbildung auftrat, und die Extirpation der Bursa erforderlich machte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Lerda, Guido.** Zur Behandlung der Syndaktylie. (Zentralbl. f. Chir. 1913, Nr. 36.)

L. empfiehlt die einfache Auseinandertrennung der Finger mit sofortiger Thierschscher Hautverpflanzung besonders bei den Säuglingen und bei den multiplen und schweren Syndaktylien, bei denen die plastischen Verfahren schwieriger und nicht sicher sind. Zur Technik ist zu bemerken, dass dem Verf. die Blutstillung immer gelang, indem er einen kleinen Zwischenfingerarterienstamm unterband und dann einen in 1⁰/₀ ige Adrenalinlösung eingetauchten Gazetupfer eine Stunde lang mit Kompressionsverband auflegte. Danach bedeckte er die Wundfläche vollkommen mit Thierschschen Hautlappen. Es wurde keine Neigung zu Schrumpfung beobachtet.

Klar, München.

25) **Göbell, Rudolf.** Ersatz von Fingergelenken durch Zehengelenke. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29. 1913.)

Bei einem 37 jährigen Violinspieler ersetzte Verf. das arthritisch erkrankte und unbrauchbar gewordene Endgelenk des linken Kleinfingers durch das uneröffnet überpflanzte erste Zwischengelenk der 2. Zehe. Gutes funktionelles Resultat, Nachbehandlung mit Hyperaemie durch tinct. jodi und Heissluft. Klar, München.

26) **Pakowski.** Traitement des kystes synoviaux du poignet par les injections de teinture d'iode. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 4, p. 103.)

Für den praktischen Arzt, der keine grösseren operativen Eingriffe machen kann, empfiehlt sich zur Behandlung der „Ueberbeine" am Handgelenk die alte Methode der Injektion von Jodtinktur, die höchstens 3 mal wiederholt zu werden braucht, bis die Cyste ganz verschwunden ist. Zwischendurch leichte Kompressionsverbände. Die Patienten sollen aber die Hand während der Behandlungszeit ganz wie gewöhnlich brauchen. Selbst wenn die Cysten artikulären Ursprungs wären (umstrittene Provenienz), so kann eine Jodinjektion ins Gelenk, wenn sie überhaupt durch den zähen gelatinösen Cysteninhalt hindurch dorthin gelangt, nichts schaden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Binet et Mutel.** Le radius curvus. (Rev. de chir. 33e année, Nr. 10, p. 567.)

Der Radius curvus ist fast nur bei Heranwachsenden zwischen dem 12.—16 Lebensjahr, häufig bei Handarbeitern (Schreinern, Plätterinnen, Klavierspielern, Fechtern) als Ausdruck einer Spätrachitis zu treffen. Am Radius ist meist eine dorsale Konvexität vorhanden, sekundär: eine Luxation des unteren Ulnaendes auf den Handrücken und eine scheinbar fortschreitende Subluxation des Carpus. Verf. teilen aus der Literatur 87 und einen eigenen Fall mit. In letzterem wurde eine schiefe Osteotomie des Radius mit Redressement der Kurvatur ausgeführt, das Operationsresultat war ein gutes, die Schmerzen und die funktionelle Impotenz verschwanden, der Patient (Schreiner) kann wieder arbeiten. Die Deformationen sind oft auch beiderseitig (Madelung). Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Christen.** Zur Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 28, 1913.)

Bei schlecht geheilten Oberarmfrakturen ist die schwerste Funktionsbehinderung die Beschränkung der seitlichen Erhebung des Arms. Ch. hat von der Firma Hausmann in St. Gallen einen portativen Schienenapparat konstruieren lassen, mit dem er ideale



Heilung von Oberarmbrüchen in Extension, sowohl ambulatorisch als auch im Bett, erzielte. Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Die Muskelentspannung bei der Zugbehandlung der mittleren und hohen Oberarmbrüche lässt sich besonders gut durchführen in doppelter Rechtwinkelstellung des Arms: Oberarm frontal, Vorderarm sagittal.

2. Speziell die Rotation des oberen Fragments nach aussen, die spezifische Difformität nach mancher der üblichen Behandlungsarten, wird dadurch vermieden.

3. Diese Stellung ist für den Patienten die angenehmste, hauptsächlich deshalb, weil sie für die Kontraextension die günstigste Angriffsfläche bietet.

4. Nach Heilung in dieser Stellung ist die für die Funktion besonders wichtige Abduktion zur Horizontalen bereits vorhanden und muss nicht erst mit viel Mühe und Schmerzen erkämpft werden.

5. Das Ellenbogengelenk bleibt frei beweglich.

6. Die Behandlung lässt sich sowohl im Bett als ambulant durchführen. Klar, München.

29) **Cahen.** Zur Behandlung der Luxatio humeri cum fractura capitis. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 125, H. 3—4, p. 391.)

Verf. implantierte in zwei Fällen von Luxation des Humerus mit Fraktur des Kopfes und Absprengung des Tuberculum majus den abgebrochenen Kopf nach vollständiger Auslösung auf die Bruchfläche des Humerus und fixierte ihn durch eine Silberdrahtnaht. In einem Fall war das Resultat ein sehr gutes, so dass der 52jährige Fabrikarbeiter seine Arbeit wieder ausführen konnte; im zweiten Fall, der eine 63jährige Frau betraf, bildete sich eine Fistel, durch welche nach 9 Monaten die Hälfte des Kopfes sequestriert entfernt werden musste. Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Magnus.** Erwiderung auf den Artikel „Zur Mechanik der Nagelextension" von Christen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103, H. 1, p. 252.)

Verf. behauptet, die von Christen gewünschte Notiz über die Stellung der Gelenke gegeben zu haben, und hält die Vorteile des Scherenapparates gegenüber dem starren Rahmen für nicht erklärt, glaubt aber, die Frage sei experimentell lösbar durch Umwandlung des beweglichen Apparates in einen starren, mittels Anziehung der Flügelschraube, und Messung der erhaltenen Durchbiegungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Härtel und Keppler.** Erfahrungen über die Kulenkampffsche Anästhesie des Plexus brachialis, unter



besonderer Berücksichtigung der Neben- und Nacherscheinungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103, H. 1, p. 1.)

Von ca. 200 genau nach den Angaben Kulenkampffs mit 2% Novocainlösung vorgenommenen Plexusanästhesien waren 95% erfolgreich. Als Nebenerscheinung trat mit grosser Regelmässigkeit einseitige Zwerchfellähmung auf, meist ohne subjektive Symptome. Nach Ansicht der Verf. handelt es sich um eine Leitungsunterbrechung des n. phrenicus, durch Diffusion des Anästhetikums durch den m. scalenus ant. zum Phrenicusstamm. Weitere Nebenerscheinungen, wie Schmerz in der Brust, Atemnot, event. Hautemphysem und Pneumothorax, sind die Folgen von Reizungen oder Verletzungen der Pleura durch die Kanäle. Endlich wurden schwere Schädigungen der Plexusnerven nach der Kulenkampffschen Anästhesie beobachtet. Dieselbe soll daher vermieden werden bei Patienten mit Lungenaffektionen, oder mit bereits bestehenden Störungen von Seiten des Plexus, und soll nie doppelseitig ausgeführt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

32) 10. Kongress der Deutschen Röntgengesellschaft vom 19. bis 21. April 1914 in Berlin.

Herr **Grob** (Affeltern). Resultate experimenteller Stauchung im untern Vorderarmende. In der Auffassung der Röntgenbilder von Radiusbrüchen und den entsprechenden subperiostalen Formen der Jugendlichen herrscht hinsichtlich des Entstehungsmechanismus keine einheitliche Auffassung. Während Iselin in erster Linie Quetschung bezw. Stauchung annimmt, vertrat Zuppinger die Ansicht, dass diese Brüche zunächst als volare quere Schubfraktur beginnen und dorsal als schräg aufsteigende Biegungsfraktur endigen, und dass sie nicht durch steiles, sondern flaches Aufschlagen entstehen. G. ahmte diese Mechanismen an der Leiche nach und studierte die Röntgenbilder mit folgendem Ergebnis: Pressung in der Richtung der Knochenlängsachse bewirkt nie Verletzung der Diaphyse, sondern stets Deformierung im Bereich der Gelenkanschwellung im Sinne der Stauchung: tiefsitzende quere Wulstbildung, Quetschbrüche. Bei Jugendlichen ist die Metaphyse der schwächste Teil, es entsteht ein tiefsitzender volarer Querwulst; oft ist eine Querfältelung in der Spongiosa zu sehen. Reine Biegung erzeugt Schaftläsion oberhalb der Metaphyse, bei Erwachsenen Querbruch, bei Adoleszenten und Jugendlichen evtl. nur Schaftverkrümmung. Im sagittalen Röntgenbild sieht man 2 seitliche Wülste, die also sicher nicht reine Stauchungswirkung sind. Stauchung des senkrecht zur Unterlage auf der Handfläche stehenden Vorderarmes erzeugt a) volare Lunatumluxation mit oder ohne Absprengung des proc. styl. radii., b) Verletzungen nach dem Typus der wenig dislozierten Radiusquerfraktur Erwachsener und der Stauchungsfraktur Jugendlicher. Bei starker Gewalteinwirkung wird dazu noch



die Ulna gestaucht (Fract. proc. styl., bei Jugendlichen auch metaphysäre Ulnaköpfchenstauchung). Bei flachem Aufschlagen des Vorderarms erhält man Querbruch des Radius oberhalb der Metaphyse und Befunde ähnlich wie bei Armstauchung. Hyperdorsalflexion ergab bei Jugendlichen Epiphysenlösung mit geringer Metaphysenläsion.

Herr **Wohlauer**-Charlottenburg. Demonstration von Röntgenbildern tabischer Arthropathien. Bei Fussverletzungen kann man aus dem Missverhältnis zwischen Schwere der Verletzung und Funktionsstörung, ferner aus den sekundären Zerstörungs- und Auflockerungsprozessen, neben üppiger Knochenwucherung, das Grundleiden erkennen. Am Kniegelenk erscheinen die Gelenkkörper ineinander hineingetrieben, die Weichteile ausgedehnt ossifiziert. An einem stark deformierten Calcaneus war später die Heilung im Röntgenbild sehr schön zu verfolgen. Bei einer Kniegelenksarthropathie zeigten die Unterschenkelknochen die für chronische Ostitis luetica charakteristischen Veränderungen.

Herr **Grashey**-München zeigt röntgenologische Fehldiagnosen. Bei 2 Jugendlichen, welche klinisch und röntgenologisch den Verdacht einer Schenkelhalscaries bezw. Spondylitis tuberculosa erweckten, stellte sich später Osteosarkom heraus. Ein Fall von Os hamuli (Varietät) war frakturverdächtig, das Vergleichsbild der andern Seite brachte Klarheit. Zunächst unvollständige Epiphysenverschmelzungen bei Adoleszenten, z. B. am Olekranon, können Frakturen vortäuschen.

Herr **Graessner**-Köln. Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Die Diagnose ist aus dem Röntgenbild klar ersichtlich, der Kreuzbeinkanal ist ganz oder teilweise offen, oft auch der 5. Lendenwirbelbogen gespalten, der Wirbel asymmetrisch gebaut. Die Träger können im 1. Dezennium ganz gesund sein und kommen dann mit Analgesien, Parästhesien, trophoneurotischen Störungen, spastischen Kontrakturen, Krallen- und Hohlfussbildung. Bei andern sind schon angeborene Deformitäten auffällig. Wirbel, welche die Merkmale des Kreuz- und Lendenwirbels gemischt tragen (Uebergangswirbel), können im Bild leicht Frakturen oder Caries vortäuschen. Andererseits ist die Möglichkeit zuzugeben, dass solche fehlerhaft gebaute Wirbel leichter durch Trauma geschädigt werden. Bei 68 % der Bettnässer bei den Soldaten finden sich solche Spaltbildungen. — Herr Altschul-Prag zeigt ähnliche Fälle, bei welchen der Tastbefund selten einen Anhaltspunkt lieferte.

Herr **Köhler**-Wiesbaden. Zur Pathologie des Os naviculare pedis der Kinder. Die Köhlersche Knochenerkrankung ist eine Entwicklungsstörung, fand sich bei schwächlichen Kindern, u. a. beieinem Fall von Myxoedem doppelseitig. — Herr Bachmann-Leipzig fand neben der Naviculareströrung öfter noch andre Unregelmässigkeiten in der Knorpelossifikation am Fuss; Herr Behn-Kiel sah wiederholt Fälle, bei welchen kein Trauma vorausgegangen war.

Herr **E. Falk**-Berlin. Zur Genese der Halsrippen. F. zeigt Bilder von Präparaten, welche neben Halsrippen noch numerische Verschiebungen an der übrigen Wirbelsäule zeigen; in einem Fall waren die Halsrippen hinaufgeschobene Brustrippen; es liegt oft sicher eine Störung in der ersten Segmentierung vor, die Lehre von der intrauterinen Belastung kann für solche Fälle nicht zutreffen.

Von selteneren Bildern, welche demonstriert wurden, sind zu erwähnen: Herr Loose (Bremen) Chondrodystrophie bei totgeborenem Kind; Herr Rosenblatt (Odessa): Das nach Exzision eines Ulnasarkoms eingepflanzte

Fibulastück zeigte alsbald Sarkombildung; Herr J. Schütze (Berlin): Epicondylitis humeri nach Influenza, Herdbildung im Knochen; ein scheinbares Os acromiale secundarium entpuppte sich weiterhin doch als eine Periarthritis humeroscapularis. R. Grashey, München.

33) 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 15.—18. April 1914.

Wissenschaftliche Sitzungen im grossen Saale der Königl. Hochschule für Musik in Charlottenburg, Projektionsabend im Langenbeck-Haus.

Referent: Dr. **Mosenthal**-Berlin.

Unter dem Vorsitze von **W. Müller**-Rostock wurde der 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit einem Ueberblick über das vergangene Jahr eröffnet. Gedacht wurde zunächst der Toten des Jahres, unter denen eine Anzahl hervorragender Orthopäden waren; Bardenheuer, Joachimsthal, Preiser bedeuten einen grossen Verlust für die Orthopädie. Als erstes Diskussionsthema steht die Ursache, Behandlung der postoperativen Bauchbrüche auf der Tagesordnung.

Sprengel-Braunschweig hebt die 3 Hauptpunkte der Entstehung hervor. Schnittführung, Tamponade, Wundinfektion; für die Schnittführung empfiehlt er Wechselschnitte, zur Subkutannaht Catgut, für die Haut Zwirn zur Naht. Zur Therapie eignet sich am meisten die Faszienplastik. In der Diskussion zeigt **Schanz**-Dresden eine neue Bandage für Hernien, die er am eigenen Körper ausprobiert hat, deren wesentlicher Bestandteil ein Ring mit elastischem Beutel, in den die Hernie ausweichen kann, bildet. **Küttner**-Breslau hat durch Bandagen schwere Schädigungen gesehen, und empfiehlt als besten Schutz gegen die Entstehung der Hernien exakte Naht mit Einzelseidenfäden.

König-Marburg zeigt schöne Erfolge von Nasenplastik, die durch freie Autoplastik aus der Ohrmuschel gewonnen wurden. Für Totalersatz der Nase empfiehlt er eine neue Methode. Ausmeisseln eines Kreuzes aus dem Sternum, die Querleisten bilden die Ansätze der 5. Rippen, der untere vertikale Schenkel wird als Septum benutzt. Ueberhäutung im Oberarm, dann Plastik.

Projektionsabend:

Axhausen-Berlin zeigt mikroskopische Präparate, die die traumatische Entstehung der jugendlichen Arthritis deformans beweisen. Auf den Röntgenbildern sieht man kleinste Absprengungen, die auf der unteren Femurfläche liegen, und bei starker Beugung direkt der Patella gegenüber zu liegen kommen.

Brandes-Kiel: Zur Osteochondritis deformans juvenilis. Diese Erkrankung bildet einen geschlossenen Symptomenkomplex. Typisches Hinken, Abduktionsbeschränkung, positiver Trendelenburg, Prominieren des Trochanters, freie Flexion. Auf dem Röntgenbild gleichfalls ein typischer Befund. Aufhellung des Kopfes, unregelmässige Epiphysenlinie, Destruktion des Kopfes. Demonstration eines Falles: Erkrankung der gesunden Seite bei kongenitaler Luxation der anderen nach geglückter Reposition. Häufig Verwechslung mit Coxitis.

v. Saar-Innsbruck: Improvisation zur Frakturbehandlung im Kriege. Demonstration von Holzschienen, Holzgabeln zur Schulterbehandlung, doppelt-rechtwinklige Schiene zur Vorderarmbehandlung.

Gutzeit-Neidenburg: Hallux valgus interphalangeus. Zwischenlagerung des Hallux-Endgliedes bei Deformierung der Grundphalanx.



Oehlecker-Hamburg demonstriert Röntgenbilder von neuropathischen Gelenken, Pirogoff nach Tabes, Absprengungsfraktur am os triquetrum.

Goebell-Kiel: Familiäre trophoneurotische Osteoarthritis, entstanden durch Hydromyelie.

Klapp-Berlin: Die Umpflanzung der Gelenke. Suprakondyläre Resektion bei schlecht geheilten Frakturen und Verschiebung der Gelenkflächen.

Muskat-Berlin: Kurze Demonstration zu Sportfrakturen der oberen Extremität beim Ballspielen.

Sprengel-Braunschweig: Beschleunigung der Heilung granulierender Wundflächen durch Teilung. Bei grossen Hautwunden bildet er Hautstreifen, durch die er die Wunde in kleine Abschnitte teilt, wodurch die Wundheilung beschleunigt wird.

Hohmeier-Marburg: Die Lokalanästhesie der Extremitäten. Die Leitungsanästhesie des Ischiadicus scheitert häufig an seiner Unauffindbarkeit, findet man ihn, so ist die endoneurale Injektion am wirksamsten. Bei dem Versuch, die ganze untere Extremität zu anästhesieren, fängt man mit der Injektion am Ischiadicus an und anästhesiert die kleineren distalen Nerven später. Die Anästhesie tritt sehr langsam ein, manchmal erst nach 30—40 Minuten. Statt der Leitungsanästhesie empfiehlt es sich häufig, die perineurale Injektion zu machen. Zur Kniegelenksresektion gibt er eine gemischte Lokal- und Leitungsanästhesie an mit Infiltration des Querschnittes und der Schnittlinie. Umschnürung wird vermieden. Die Kulenkampf'sche Plexusanästhesie wird empfohlen. Zu bedenken ist hierbei die Plexuslähmung. Zwerchfelllähmung ist ebenfalls beobachtet worden. Die Nachschmerzen sind auf Pleuraverletzung zurückzuführen, er gibt zum Einstich eine Stelle an, wo dies nicht möglich ist, unterhalb der Mitte der Clavicula wird der Pektoralis durchstochen, bei Auftreten von Rückenschmerzen ist der Subscapularis getroffen, dann wird die Nadel zurückgezogen. Plexusanästhesie ist speziell bei Simulanten von Vorteil.

Hoffmann-Greifswald berichtet über Kombination der Lokalanästhesie mit Kalisalzen. Ausführliche Untersuchungen über die Verwertbarkeit der einzelnen Anästhetica in Verbindung mit Kalisalzen. Praktisch verwertbar Novococain mit Kalisulfat.

Borchard-Posen: Zur Chirurgie der Wirbelverletzungen Demonstration eines Kranken mit Luxation des 1. Lendenwirbels mit Kompression des Rückenmarks, blutige Reposition reponiert durch Extension, die erhalten wird durch eine Knochenplastik. In allen Fällen, wo keine Querschnittläsion vorhanden ist, soll in den ersten Tagen operiert werden.

Hallstedt-Baltimore: Der partielle Verschluss der grossen Arterien bei der Behandlung des Aneurysma, eine klinische Studie.

Anschütz-Kiel: Operation bei Akromegalie. Bei einem Fall von anscheinender Kombination von Akromegalie mit Polyarthritis hat er nach der Eiselsbergschen Operation ein Zurückgehen aller Symptome konstatieren können. Es fand sich das Bild einer Fremdkörpertuberkulose der Hypophyse mit adenomatösen Veränderungen.

Heile-Wiesbaden: Behandlung des Hydrocephalus durch Drainage nach der Bauchhöhle. 8j. Kind mit Hydrocephalus, spastische Stellung der Beine. Balkenstich ohne Erfolg, dagegen zeitigte zuerst langsame, später ausgiebigere Lumbalpunktion vorübergehende Besserung, daher wurde persistente



Drainage vom Lumbalkanal in die Bauchhöhle versucht und zwar durch ein Stück einer Vena saphena, da sich diese bald verschloss, wurde ein Dauerdrain aus Gummi eingeführt, das jetzt seit 4½ Monaten liegt, der spastische Spitzfuss ist vollkommen beseitigt, die andere Seite jedoch nicht wesentlich gebessert.

Oehlecker-Hamburg empfiehlt die Exstirpation des II. Spinalganglions bei verschiedenen Formen der Occipitalneuralgie.

Härtel-Breslau stellt Fälle vor, bei denen er gute Erfolge erzielt hat durch Alkoholinjektionen ins Ganglion gasseri bei Trigeminusneuralgie

Hildebrandt-Berlin demonstriert das Resultat einer Nasenkorrektur durch Einführung und Knüpfung eines Seidenfadens.

Barth-Danzig: Chirurgische Behandlung der eitrigen Meningitis Bei eitriger Meningitis, wo Lumbalpunktion erfolglos war, machte er Laminectomien mit Drainage von der Lendenwirbelsäule. Die Hirndruckerscheinungen verschwanden. Wenn keine lokalen Symptome vorhanden waren, Drainage von der hinteren Schädelgrube.

Stieda-Halle: Erfahrungen mit dem Balkenstich. Speziell bei Epilepsie-Idiotie und verwandten Zuständen glaubt er mit demselben die besten Chancen zu haben. Der Eingriff ist nicht gefährlich.

Diskussion: **Hildebrand**-Berlin berichtet über 32 Fälle, die mit Balkenstich operiert und nur teilweise Erfolge gegeben haben.

Tilman-Köln hat bei Epilepsie etc. in der Flüssigkeit im Subarachnoidalraum stets Entzündungserscheinungen (Albumen) gefunden, empfiehlt einen grösseren okkipitalen Einschnitt.

Lossen-Köln erlebte bei Balkenstich bei Hydrozephalus stets Rezidive. Empfiehlt mehrere Injektionen in die Cisterna magna.

v. Haberer-Innsbruck empfiehlt bei Vorhandensein eines Herdes nicht seine Exstirpation, sondern Umschneidung bei Schonung der Gefässe.

Pflaumer-Erlangen. Beobachtungen über Autolysatbehandlung maligner Tumoren. Nach der Injektion traten regelmässig bedrohliche Allgemeinerscheinungen auf, Temperatur, Pulsverschlechterung, Schüttelfrost. In mehreren Fällen partielle Einwirkung, unter 15 Fällen keine Heilung.

Axhausen-Berlin. Die Entstehung der freien Gelenkkörper s. Demonstrationsabend. Als Entstehungsmodus erkennt er den König'schen an, langsame Bildung nach Trauma. Gesetzmässige reaktive Folgeerscheinung, die fälschlich als arthritis deformans bezeichnet wird. Beschreibung der mikroskopischen Umbildung des Ersatzknorpels. Ursache, wie erwähnt, Anschlagen der Patella an die Femurgelenkfläche. 60% Verletzung des Femurs. 30% hintere Patellarfläche verletzt. Praktische Schlussfolgerung. Die einfache Entfernung des freien Körpers reicht nicht aus, sondern Arthrotomie mit genauer Kontrolle des ganzen Gelenks. Auch die traumatische Arthritis deformans beruht auf Knorpelläsion, und auch die juvenile Arthritis unbekannter Aetiologie soll mehr operativ angegangen werden.

Barth-Danzig weist in der Diskussion auf seine schon vor 16 Jahren aufgestellte Behauptung der traumatischen Entstehung der Arthritis hin.

Goetjes-Köln hebt die Bedeutung der ligamenta cruciata hervor und ihre isolierte Bündelwirkung und isolierte Bündelverletzung.

Hohmeier-Magnus-Marburg. Experimentelles zur Kniegelenkschirurgie. Bei Kaninchen ist bei Resektionen des Gelenkes kein Unterschied, ob die Gelenkfläche plastisch bedeckt wird oder nicht. Die Tierexperimente sind für den Menschen nicht massgebend.



Payr-Leipzig. Weitere Erfahrungen über Mobilisierung ankylosierter Gelenke (Krankenvorstellung). Bei der Knieoperation empfiehlt er eine Meisselrinne in den Femur für die Patella zu schlagen. Im Hüftgelenk machte er einen erfolgreichen Versuch mittels Bildung eines Sattelgelenks aus dem Femurhals, der an den Pfannenrand adaptiert wird. Es hat sich herausgestellt, dass der Knorpelbelag nicht unbedingt erforderlich ist. Faszien erfüllen den gleichen Zweck. Es haben sich nach Faszienüberkleidung keine weiteren Deformitäten gebildet. Bei selbst ganz alter Tuberkulose ist äusserste Vorsicht am Platz, selbst anscheinend längst ausgeheilte Fälle flackern noch auf. So entstand 4 Monate nach der Mobilisierung noch beiderseits ein kalter Abszess. Von der Mobilisierung schon resezierter tuberkulöser Gelenke rät er dringend ab. Es werden 4 Patienten vorgestellt. 2 Kniefälle mit 90° Beugung, nach 7jähriger Ankylose operiert. Schienenhülsenapparat wurde 7 Monate getragen. Seitliche Beweglichkeit 8—9°. Meisselresektion der Hüfte mit Fettfaszienlappen. Versteifung nach Angina. Jetzt rechtwinklige Beugung möglich. Abduktion bleibt stets behindert wegen Anstossens des Trochanters an die Pfanne. Mobilisierung eines Interphalangealgelenks mit Fettlappen aus der Achselhöhle.

Hesse-Petersburg hat die Erfahrung gemacht, dass die Ueberkleidung der Gelenkfläche die Entstehung von freien Gelenkkörpern verhindert und die Knochenblutung stillt.

Goebell-Kiel empfiehlt zur Arthroplastik freie Faszienplastik, nach bogenförmiger Resektion verändert sich die Gelenkoberfläche nach der Faszienüberlagerung nicht mehr.

Röpke-Barmen empfiehlt die Fettimplantation, selbst bei infizierten Gelenken heilt diese ein. Nur 3 Wochen Fixation. Bei alter Tuberkulose stellt er das zu operierende Gelenk erst 3 Wochen fest.

Tietze-Breslau. Zur Theorie der sogenannten arthrogenen Kontraktur. T. erklärt die bei Spasmus und arthritischer Deformität gleichen pathologischen Stellungen der Hände und Finger durch Synergismus.

Heinecke-Leipzig. Die Einpflanzung der Nerven in den Muskel. Experimentelle Untersuchungen über Erregung von Muskeln vom benachbarten Nerven. 3 Monate nach erzeugter Lähmung und Einpflanzung des Nerven aus dem Nachbarmuskel konnten Zuckungen nachgewiesen werden. Empfehlenswert ist die breite Anlagerung der Muskeln. Man kann 2 Muskeln fremder Innervation mittels eines Nerven innervieren. Histologisch sind entweder neue Bahnen oder Anschluss von neuen Nerven an die alten leer gewordenen Schwannschen Scheiden nachweisbar. Praktisch verwertbar ist die Methode bei Nervenverletzungen und isolierter Muskellähmung.

Erlacher-Graz hat nachgewiesen, dass sich an den in den Muskel implantierten Nerven neue Endorgane bilden und Nervenbahnen in den gelähmten Muskel hineinwachsen und dass sich nachher der Muskel regeneriert. Versuche von freier Muskeltransplantation beim Meerschweinchen.

Katzenstein-Berlin berichtet über Erfolge von Verpflanzung gesunder Nerven auf die kranke gelähmte Seite unter Erhaltung ihrer Kontinuität. Bei der oberen Extremität verwendet er den supraclavicularis, bei der unteren den obturatorius.

Gerulanos-Athen. Beobachtungen über Kriegsverletzungen an peripheren Nerven im Balkankrieg. Colmers beobachtete eine Perineuritis traumatica.



Sievers-Leipzig spricht über die Bedeutung des Akromialgelenkes für die Pathologie der subkutanen Schulterverletzung.

Waegner-Charkow. 70 Steinmannsche Nagelextensionen bei Oberschenkelfrakturen verliefen glatt ohne Störungen, sodass er die Methode warm empfiehlt.

Bauer-Breslau demonstriert einen Bügel, der bei Oberschenkel und Schenkelhalsbrüchen mit eingegipst wird, und eine gute Handhabe zum Halten, Fixieren und Richten bietet.

Arndt-Bern demonstriert einen Hebel, mit dem es leicht gelingt, die Verschiebung der Fragmente bei Frakturen auszugleichen.

Walzel-Wien berichtet über die blutige Repositio veralteter Ellbogenluxationen. Nach Entfernung aller interponierten Weichteile wird das Gelenk ohne Schonung der Seitenbänder freigelegt. Bewegungen am 5. Tage sehr langsam begonnen. Bei bilateralem Schnitt waren die Erfolge besser, als bei einfach lateralem Schnitt.

Oser-Wien: Zur Frage der Dauerheilung nach Operation wegen akuter Osteomyelitis: gibt statistische Angaben über die Erfolge der Operation nach Osteomyelitis. 71 Patienten zeigten stets neue Rezidive. 80 Patienten 4—5 Rezidive in regelmässigen Perioden mit 5—25 Jahren Intervall. Ueber Autovaccinationsversuche hat er noch kein abschliessendes Urteil.

von Bergmann-Riga empfiehlt bei Darmbeinosteomyelitis die totale Resektion.

Zum Vorsitzenden für 1915 wurde Sprengel-Braunschweig gewählt.

34) XIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 13—14. April 1914.

Von

Priv.-Doz. Dr. G. A. WOLLENBERG in Berlin.

Vorsitzender ist Prof. **Kölliker**-Leipzig. Zum Vorsitzenden für das nächste Jahr wird Prof. **Ludloff**-Breslau gewählt.

In der Eröffnungssitzung gedenkt der Vorsitzende der Toten des lezten Jahres, nämlich **Reiner**-Wien, **Bardenheuer**-Köln, **Preiser**-Hamburg und **Joachimsthal**-Berlin. Unter den Fortschritten, welche die Orthopädie im letzten Jahre zu verzeichnen hat, ist die Gründung einer internationalen orthopädischen Gesellschaft zu verzeichnen, ferner auch die Errichtung und Eröffnung der Münchener orthopädischen Universitätsklinik.

1. **Gocht**-Halle: Zur Technik der Arthrodese. An der Schulter zieht Gocht dem gewöhnlichen vorderen Schnitte einen mehr seitlich verlaufenden Schnitt vor und sucht dann eine osteoplastische Vereinigung des Humeruskopfes mit dem Akromion durch einen dem Tuberculum majus entnommenen Knochenlappen zu erzielen. An der Hüfte bevorzugt er die von Ludloff für die angeborene Hüftluxation angegebene vordere Schnittführung. Am Kniegelenk wird der Längsschnitt durch Patella, Ligam. patellae und Quadrizepssehne bevorzugt.

Diskussion: **Rosenfeld**-Nürnberg warnt vor der Arthrodese bei zu jugendlichen Personen. An der Hüfte empfiehlt er die Nagelung mittels eines Galalithstiftes. **Spitzy**-Wien verwendet zur Arthrodese des Handgelenkes einen Knochenspan aus der Tibia. **Wollenberg**-Berlin pflanzt die dreieckig angefrischte Patella in den durch einige Meisselschläge passend gemachten Winkel zwischen Femur und Tibia und befestigt sie hier durch Elfenbeinstifte. **Wier**-

zejewsky-Posen benützt an der Schulter ebenfalls einen osteoplastischen Span. **Wittek**-Graz hat 16 mal eine Arthrodese durch Überbrückung ausgeführt, wozu er periostlose Späne subperiostal befestigt, z. B. am Ellenbogengelenk durch Brückenbildung vom Humerus zum Radius. Röntgologisch treten in der Folgezeit Frakturen resp. Resorptionsstreifen in die Erscheinung. **Bade**-Hannover empfiehlt für brüchige spinalparalytische Knochen die Arthrodese durch Überbrückung, für feste dagegen die durch Resektion. **Schultze**-Duisburg korrigiert die Valgus- und Varusdeformität paralytischer Gelenke durch seitliche Knochenspäne. **Riedinger**-Würzburg betont die Priorität F. Riedingers bezüglich des Längsschnittes durch die Patella. **Krukenberg**-Elberfeld weist auf die häufig eintretende Notwendigkeit hin, doch schon im Kindesalter arthrodesieren zu müssen. **Helbing**-Berlin hält für diese Frage den Sitz der Arthrodese für massgeblich, da eine Wachstumsstörung an der oberen Extremität ohne grosse Bedeutung ist. **Werndorff**-Wien empfiehlt seinen flexiblen Bohrer für die Arthrodesentechnik und betont die Priorität des verstorbenen **Reiner** in der Überpflanzung eines freien Knochenspanes. Die Wiener Schule lässt die Arthrodese nur für Hüfte und Schulter gelten. **Müller**-Rostock bestreitet die Zweckmässigkeit einer solchen Beschränkung, da nur von Fall zu Fall entschieden werden könne.

2. **Christen**-Bern: Die Entstehung der Diaphysenbrüche auf Grund der Festigkeitslehre. Schilderung des Zustandekommens der verschiedenen Bruchformen, die genau den gleichen Gesetzen unterworfen sind, wie die Brüche leblosen Materiales. Der Längsdruck, welchem ein Knochen infolge der Muskelaktion unterworfen ist, spielt eine grosse Rolle. Die medizinische Physik, welche besonders durch die Arbeiten des verstorbenen **Zuppinger** gefördert wurde, hat die Aufgabe, die einzelnen Bruchformen auf ihre mechanische Entstehung durch Schub und Drehung, Biegung und Stauchung zurückzuführen.

3. **Cramer**-Köln: Operationsbefunde bei Spina bifida occulta. C. hat unter 30 Fällen von Fussdeformitäten 9 mal operiert. Nach Lappenschnitt wird laminektomiert, worauf die Stränge sowie die Lipome, welche den Duralsack resp. die Cauda beengen, entfernt werden. Unter den 9 Fällen bildeten sich 5 mal Hohlfuss, Krallenzehen, Babinsky zurück. Die Operation ist nur indiziert bei noch in Progredienz befindlichen Fällen, nicht in alten Fällen mit stabiler Deformität. Die Syringomyelie des Lumbodorsalmarkes kann ganz analoge Fussdeformitäten erzeugen.

Diskussion: **Werndorff**-Wien: Auch Bettnässen und Plattfuss sind häufig auf Spina bifida occulta zurückzuführen. **Bibergeil**-Berlin weist darauf hin, dass die Spina bifida occulta, die ja übrigens auch ohne begleitende Fussdeformität existiere, ein signum degenerationis ist; daher unregelmässige Erfolge der Operation.

4. **Schanz**-Dresden: Über Ankylosenoperationen. Am Ellenbogengelenk bevorzugt Sch. die Fettlappeninterposition bei zweizeitiger Operation, wobei erst die ulnare, nach 3 wöchentlicher Verbandzeit die radiale Seite vorgenommen wird. Melikomechanische Nachbehandlung ist zu unterlassen. Am Kniegelenke empfiehlt Sch. die Interposition der praepatellaren Schleimbeutel zwischen Patella und Femur, ferner ausgiebige Mobilisierung des Streckmuskels, da letzterer häufig mit dem Femur verwachsen ist. Am Hüftgelenke wird der Trochanter major temporär abgemeisselt. An der Schulter empfiehlt Sch. durch Continuitätsresektion aus der Clavicula eine Pseudarthrose herzustellen.



Diskussion: **Deutschländer**-Hamburg: Die Resultate der Überpflanzung ganzer Kniegelenke stellten bisher keine ermutigenden Erfolge dar. In D.s Fällen erfolgte einmal nach 14 Tagen die Ausstossung aller Weichteile. Der Knorpel unterliegt dem Schwunde. Bei einem zweiten, unkomplizierten Falle erfolgte der Knorpelschwund schon nach 3 Monaten. **Friedrich**-Greifswald erinnert an Helfferichs Priorität. Im Allgemeinen ist eine Streckankylose im Kniegelenke einem Schlottergelenke vorzuziehen. Was die Überpflanzung ganzer Gelenke betrifft, so würde die Operation eine erschreckende Statistik ergeben, wenn alle operierten Fälle veröffentlicht wären. **v. Frisch**-Wien lehnt die Arthroplastik der Hüfte ab. **Biesalski**-Berlin hat bei Operationen am kindlichen Hüftgelenke nur Misserfolge zu verzeichnen, sowohl bei Interposition (Fischblase, Muskel-Faszie), als auch bei Gelenkübertragung (Malleolengabel). Das kindliche Periost hat eben eine solche Proliferationskraft, dass es die Ankylose wieder herbeiführt. **Kölliker**-Leipzig: Wichtig ist das Grundleiden, welches zur Ankylose führte. **Ludloff**-Breslau: Alte osteomyelitische Versteifungen soll man nicht operieren.

5. **Jansen**-Leyden: Verletzbarkeit schnell wachsender Zellen und Rachitis. Wenn an irgend einer Stelle des Organismus ein Kampf gegen Bakterien geführt wird, so leiden alle Zellen mit. Diese Wirkung zeigt sich zu allererst bei den Zellen, die am schnellsten wachsen. Die Teilung der Zellen, die Vergrösserung der Zellen und die Differenzierung der Zellen kann unter einer solchen Noxe leiden. Die Rachitis stellt einen Zustand der Hypovitalität dar, bei dem vor allem die Differenzierung der Zellen, die ja im Skelettsystem am ausgesprochensten ist, alteriert wird. In der Verbreiterung der Epiphysenscheiben haben wir eine Herabsetzung der Differenzierung zu sehen; hier ist zur Zeit das Wachstum der Zellen das schnellste.

6. **Schultze**-Duisburg: Zur Behandlung der ischämischen Kontraktur. Sch. hat nach **Göbell**'s Vorschlag nach querer Durchtrennung der Beugemuskeln am Vorderarme den Sartorius transplantiert. Ein Fall verlief günstig, bei zwei Fällen erfolgte Ausstossung des Muskels. Das Hauptgewicht ist auf die quere Durchtrennung zu legen, damit sich der Grad der Kontraktur feststellen lässt. Sodann sollte man Faszie, nicht Muskel, frei transplantieren.

Diskussion: **Spitzy**-Wien. Da die Bedingung für erfolgreiche Muskeltransplantation eine sofortige gute Ernährung darstellt, muss ein ischämisch kontrakturierter Muskel ein schlechtes Bett abgeben. **Drehmann**-Breslau empfiehlt die schräge Durchtrennung der ischämischen Muskulatur, **Gocht**-Halle die von **Klapp** angegebene Resektion der ersten Handwurzelknochen-Reihe.

7. **Stoffel**-Mannheim: Weitere Studien über das Wesen und die Behandlung der Ischias. Die Neuralgien der Nn. custan. clunium, cutan. surae later. und medial. sind streng von der Ischias zu trennen. Der N. cutan. surae lateral. ist vom N. peroneus getrennt, ihm nur in seinem Verlaufe angegliedert. St. stellt die genaue Bahndiagnose nach den eigenen Aufzeichnungen des Patienten. Unter 38 Fällen war 3 mal die mediale, 18 mal die laterale Bahn befallen, 9 mal beide Bahnen. In leichteren Fällen sind Injektionen zu verwenden, die natürlich die richtige Bahn treffen müssen, in schwereren Bahnresektionen.

Diskussion: **Helle**-Wiesbaden glaubt, dass die Sprengung des Epineuriums genügt, um die Beschwerden zu beseitigen. **Spitzy**-Graz bezweifelt, dass Verwachsungen von Epineurium und Nerv die Ischias hervorrufen. Die Ursachen müssen weiter zentral sitzen.



8. **Hohmann**-München. Weitere Erfahrungen mit der Stoffelschen Operation bei spastischen Lähmungen. Gute Erfolge wurden erzielt bei Littlescher Krankheit und bei infantiler zerebraler Hemiplegie, schlechte Resultate bei der Apoplexie Erwachsener. H. operierte am Obturatorius, Tibialis, Femoralis. Den Stelzbeingang beseitigte er durch Resektion der den Rectus femor. versorgenden Femoralisfasern.

9. **Peltesohn**-Berlin: Zur Kenntnis der Knochenverletzungen bei der Geburtslähmung. Die Röntgenuntersuchungen haben ergeben, dass sehr häufig eine Epiphysenlösung des Humeruskopfes vorliegt. Charakteristisch dafür ist eine Auswärtswanderung des Kopfkernes. Die Diaphyse verbiegt sich im Sinne dieser Auswärtswanderung.

Diskussion: **Finck**-Charkow hält die Frage der Geburtslähmung nur für diskutierbar, wenn ein grösseres Material frischer Fälle vorliegt. **Werndorff**-Wien unterscheidet ebenso, wie **Peltesohn** die echte Geburtslähmung von der traumatischen Epiphysenlösung und Luxation. **Spitzy**-Wien erinnert an die Priorität Küster. Die Läsion am Erb'schen Punkte ist sicher bewiesen; in solchen Fällen soll man nicht zu lange mit der Freilegung des Plexus warten. **Stettiner**-Berlin hat sowohl echte Lähmungen, als auch Epiphysenlösungen beobachtet. Empfehlung der vertikalen Extension.

10. **Böhm**-Berlin: Meine Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulose-Serum. Simultaninjektionen. Bei 2 Fällen hochsitzender Spondylitis war einmal keine, einmal vorübergehende Besserung nachweisbar. Bei Coxitis trat einmal vorübergehende, einmal rezidivfreie Besserung ein, ein Fall blieb unbeeinflusst. 2 Fälle von Gonitis blieben ungebessert. Wenn B. auch schwere Schädigungen von dem Mittel nicht gesehen hat, so hält er es doch nicht für harmlos, da Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens auftraten.

Diskussion: **Simon**-Breslau: 25 Fälle, die teils noch zu frisch sind, um ein abschliessendes Urteil zu gewinnen. Lungentuberkulose stellt eine Kontraindikation dar. Aehnliche Erfahrungen, wie der Vorredner. **Bade**-Hannover: unter 20 Fällen bisher kein positives Resultat. 1 Todesfall bei einem Albuminuriker.

11. **Finck**-Charkow: Ueber die klinisch latente Wirbeltuberkulose. Die Röntgenuntersuchung initialer Fälle ergibt, dass meist 2 Wirbel befallen sind, der eine an seiner oberen, der andere an seiner unteren Fläche. Es folgt die Zerstörung der Intervertebralscheibe. Sind mehrere Intervertebralscheiben zerstört, so entsteht ein bogiger, im anderen Falle ein scharfwinkliger Gibbus, bei dem der prominente Dornfortsatz stets dem oberhalb des zerstörten Wirbelkörpers gelegenen Wirbel angehört. Die Spondylitis kann bei Lokalisation am oberen und unteren Ende auch zu Lordose, statt zu Kyphose, führen. Wichtig für die Diagnose und Therapie ist der perkutorische Nachweis der Senkungsabszesse, der bereits im frühen Stadium sehr exakt gelingt.

12. **Albee**-New York: Meine Methode der Knochentransplantation an der Hand von 250 Fällen. 178 Fälle von Spondylitis, bei denen ein mittels besonders geeigneten Instrumentariums (Kreissäge, Meissel, Bohrer etc.) der Tibia entnommener Knochenspan zwischen die gespaltenen Darmfortsätze gepflanzt wurde. Der Span soll oberhalb und unterhalb der kranken Partie noch je über zwei Wirbel hinausreichen. 6—8 Wochen Bettruhe, dann Apparat für einige Monate. In ähnlicher Weise wurde bei verschiedenen anderen Deformitäten



operiert, nämlich bei 30 Fussdeformitäten verschiedener Aetiologie und bei 17 Pseudarthrosen, bei paralytischen Skoliosen etc. Demonstration einer grossen Menge von Diapositiven, die Technik und Wirkung erläutern.

13. **Erlacher**-Graz: Beiträge zur operativen Versteifung der Wirbelsäule nach Albee. E. hat die Methode bei Spondylitis in 3—4 Fällen mit gutem Resultat angewandt.

14. **Froelich**-Nancy: Vier Laminektomien bei spondylitischer Lähmung. Die Erfolge der Operation sind nicht derartige, dass man die Laminektomie als Methode der Wahl betrachten könnte. Die konservative Therapie leistet bezüglich des Rückganges der Lähmungen mindestens das gleiche.

15. **Wittek**-Graz: Zur Heliotherapie chirurgischer Tuberkulosen. In 850 m Höhe wurde eine kleine Sonnenstation in Steiermark angelegt, die bei allen möglichen alten chirurgischen Tuberkulosen ideale Resultate ergibt. Auch in der neuen Grazer chirurgischen Klinik wird sehr viel Heliotherapie angewendet. Daneben Verwendung von Tuberkulin. Was das Albeesche Verfahren betrifft, so ist es den konservativen Methoden unterlegen. Die Erfolge sind vielleicht auch auf die Nachbehandlung an der See zurückzuführen.

Diskussion: **Schede**-München berichtet über die von Lange verwendete Fixation mit verzinnten Stahldrähten, die sich in der Folge nicht bewährt hat. **Spitzy**-Wien spricht für die konservative Behandlung dort, wo man die Patienten in klimatische Kurorte schicken kann, für die Albeesche Operation bei Kindern, bei welchem man diese Heilfaktoren nicht verwenden kann. Albees Technik ist zweckmässiger als die von Hibbs (Verschiebung der Proc. spinosi). **Waldenström**-Stockholm hat 10 Fälle nach Albee operiert und hält die Methode für eine wertvolle Bereicherung der Spondylitistherapie. Vorher soll man den Buckel nach der Finckschen Methode möglichst verringern. **Wirzejewski**-Posen hat unter 8 nach Albee operierten Fällen 3 Todesfälle, darunter 1 an Fettembolie. **Böhm**-Berlin (für Albee). Die Methode wirkt schmerzstillend. Seine Fälle stammen meist aus Bevölkerungsschichten, bei denen eine klimatische Nachbehandlung aus sozialen Gründen nicht möglich war. Nur der geringste Teil konnte an die See geschickt werden.

16. **Mayer**-Berlin: Anatomisch-physiologische Untersuchungen an Muskeln und Sehnen und ihre praktische Anwendung auf die Sehnenverpflanzung. Untersuchungen über die Beschaffenheit und Lagerung des Sehnengleitapparates bei verschiedener Spannung der Sehne. Das Gleitgewebe ist bei Sehnentransplantationen möglichst zu schonen. Besser noch, als bei der Biesalskischen Sehnenauswechselung wird man der Schonung des Gleitapparates und seiner Blutversorgung gerecht durch eine Faszienplastik, die M. in Vorschlag bringt.

17. **Michaelis**-Leipzig. Ueber familiäre Exostosen. Demonstration eines Exostosenträgers, in dessen Stammbaum vier Generationen mit Leiden behaftet waren.

18. **Kruckenberg**-Elberfeld: Ueber operative Behandlung schwerer Skoliosen. Verwendung segmentierter Korsetts mit Heusnerschen Spiralen zur Korrektur von Skoliosen, ähnlich den Wollenbergschen Segmentkorsetts. Bei Lumbalskoliosen operative Verlängerung des Psoas, Eingipsen des Beines in Abduktion. Am Halse Verlängerung der Skaleni.

19. **Mayer**-Köln: Abbott oder Calot? Durch Kombination beider Methoden lassen sich bei schweren Skoliosen gute Resultate erzielen, durch

Calot gelingt die Aufrichtung der skoliotischen Wirbelsäule, die durch Abbott nicht möglich ist, durch Abbott die Redression des skoliotischen Brustkorbes.

20. **Lamy**-Paris: Zur Skoliosenbehandlung nach Abbott. Bei leichteren Fällen gelingt eine wirkliche Detorsion, bei schwereren handelt es sich nur um Scheinkorrektur.

Diskussion: **Spitzy**-Graz sah ein Rezidiv auftreten bei einem vor zwei Jahren mit Abbot behandelten und jetzt ein Jahr ohne Korsett gelassenen Falle.

21. **Duncker**-Köln: Ein neues operatives Verfahren zur Erzeugung von Tierskoliosen und ihre Messung. Durch Seidenfäden, die von einer Darmbeinschaufel zur Wirbelsäule geführt wurden, erzeugte D. echte Skoliosen, deren Messung durch ein cyrtometerähnliches Instrument erfolgte.

Diskussion: **Semeleder**-Wien beschreibt sein Messverfahren.

22. **Biesalski**-Berlin: Physiologische Forderungen der Sehnenverpflanzung, insbesondere der Sehnenauswechselung. Die Sehnen eines Leichenfusses wurden nach Mollier durch über Rollen laufende Fäden mit Gewichtsschalen verbunden und die Bewegungskurven der einzelnen Muskeln sowie die Ausfallserscheinungen bei Lähmungen etc. studiert. Es zeigte sich, dass jeder Muskel bei isolierter Aktion nicht etwa nur eine Bewegungsrichtung des Fusses betätigt, sondern drei. Werden von diesen 3 Bewegungskomponenten eine oder zwei ausgeschaltet, so wird die übrigbleibende um so stärker. Mit derselben Technik ist das Problem der Sehnenverpflanzung zu studieren. B. hält bei Sehnenverpflanzungen absolute Schonung des Gleitapparates für geboten. Er hat deswegen seine Sehnenauswechselung da, wo es angeht, modifiziert nach den von Mayer angegebenen Grundsätzen. Derartige Operationen erfordern subtilste Tecknik.

23. **Stoffel**-Mannheim: Über meine Methode der Sehnenüberpflanzung. Der spezifische Bau jeder einzelnen Sehne, jedes Muskels, ist bei dem Operationsplane der Sehnenverpflanzung zu berücksichtigen. Man soll nur strukturverwandte Muskeln benutzen. Da in tiefer Narkose der Muskel keine Spannung zeigt, bezgl. seiner kontraktilen und elastischen Elemente, darf der zu überpflanzende Kraftspender in Narkose auch nicht angespannt werden. Der Muskel soll stets seine physiologische Länge haben. St. gibt der periostalen Methode den Vorzug. Das Gewicht der einzelnen Muskeln ist oft ein recht verschiedenes, z. B. wiegen Bizeps, Semitendinosus und Semimembranosus zusammen fast 900 gr weniger als der Quadrizeps, doch ist neben dem natürlichen Gewicht noch die Mechanik des Muskels zu berücksichtigen. Der Operationsplan wird erst durch die elektrische Untersuchung während der Operation zuverlässig gestaltet.

24. **Erlacher**-Graz: Experimentelle Beiträge zur Plastik und Transplantation von Nerven und Muskeln. Durchschneidet man einen Nerven, so tritt erst eine Degeneration, dann eine Regeneration ein. Letztere ist um so energischer, je peripherer man den Nerven durchtrennt. Die Degeneration lässt die Nervenendplatten in 4—5 Tagen verschwinden. Da ein abgespaltener Muskel am Leben bleibt, da man auch einen Muskel dadurch innervieren kann, dass man ihn an einen gesunden Muskel anschliesst, empfiehlt sich ev. die Einnähung eines gesunden Muskelbauches in einen gelähmten Muskel. Bei freier Muskeltransplantation in einen gesunden Muskel hinein erfolgt zunächst völlige Rückbildung, dann aber nach ca. 3 Wochen Einwachsen von Nervenelementen und Erholung des Transplantates.



Diskussion: **Schede**-München. In der Langeschen Klinik wurde durch Tierexperimente festgestellt, dass bei der Biesalskischen Methode Verwachsungen allerdings nicht eintraten, allein bei fettreichen Patienten bleibt **Lange** nach wie vor bei der Verlagerung der Sehnen in das subkutane Fettgewebe, da Verwachsungen nicht eintreten. **Spitzy**-Wien wendet die Biesalskische Methode dort an, wo sie möglich ist. Übrigens können sich Sehnenscheiden und Gleitgewebe durch die Funktion ausbilden. Überspannung der Sehne sowie Mangel an Spannung ist zu vermeiden. Nach Entfernung der Nähte empfiehlt sich die Verwendung von Klebroverbänden, die eine beschränkte Funktion ohne Gefahr der Überdehnung gestatten. Man kann einen Muskel hyperneurotisieren, indem man einen Nerven direkt in den Muskel einpflanzt. **Heinecke**-Leipzig konnte eine Hyperneurotisation nicht erzielen. Die Neurotisation eines gelähmten Muskels durch direkte Implantation eines Nerven gelingt. Die totale Überpflanzung eines Muskelstückes ist zwar theoretisch, nicht aber praktisch möglich. **Röpke**-Barmen verwandte zum Ersatz einer Fingersehne mit Erfolg ein Stück zusammengedrehten Choriums nach **Rehns** Vorschlag. **Erlacher**-Graz betont gegenüber **Heineke** die Möglichkeit der Hyperneurotisation. **Schede**-München empfiehlt den Ersatz des Quadrizeps durch den Tensor fasciae, während **Schanz**-Dresden den Bizeps für geeigneter hält.

25. **Muskat**-Berlin. Luxation der Peroneussehnen. Empfehlung konservativer Behandlung.

26. **Schulthess**-Zürich. Theorie und Praxis des Abbottschen Verfahrens. Die Begründung des Abbottschen Verfahrens ist schlechter, als das Verfahren selbst. Die Kyphosierung einer mittleren Skoliose vermehrt die Torsion, Lordosierung setzt sie herab. Überkorrekturen lassen sich nicht erzielen. Geeignet für Abbott sind Skoliosen ohne Abknickung über dem Kreuz, also einfache dorsale Skoliosen. Die Rezidivfrage ist noch nicht zu entscheiden. Wegen der Gymnastik zur Nachbehandluug sind noch besondere Studien erforderlich.

27. **Schede**-München. Experimentelle Studien zum Redressement der Skoliose. Man kann eine fixierte Skoliose im fixierten Abschnitt nicht korrigieren oder gar überkorrigieren. Die seitliche Abbiegung der Wirbelsäule geschieht im Brustteile am besten in Kyphose, im Lendenteile in Lordose. In 71 % der Fälle war die Extension der Abbottschen Stellung überlegen. Leichte Fälle bedürfen nicht der forzierten Korrektur, für schwere wendet Sch. eine eigene Technik des Gipsverbandes und Extension an.

Diskussion. v. **Aberle**-Wien weist auf **Lorenz** Priorität hin.

28. **Müller**-Berlin. Meine Erfahrungen mit der Abbottschen Skoliosenbehandlung. Besserung der Erscheinungsform, während das Röntgenbild nur wenig Korrektur der Wirbelsäule zeigt.

Diskussion: **Spitzy**-Wien pflichtet Schulthess im allgemeinen bei. Die Respirations-Gymnastik ist wichtig. Die Abbottsche Stellung ist lange durch Korsetts zu erhalten. Der starre Rundrücken schützt gegen Skoliose, der schlaffe disponiert für dieselbe. **Fraenkel**-Berlin betont die Vorzüge der Lordosierung bei lumbalen Skoliosen. Die Eingipsung erfolgt unter Einbeziehung von Oberschenkel und Arm in bester Übungsstellung des Kriechverfahrens. **Cramer**-Köln möchte die Abbottsche Methode, die vor dem 20sten Lebensjahre stets gut vertragen wurde, nicht mehr missen. **Werndorff**-Wien hält die Kyphose für die schlechteste Haltung zur Korrektur der Torsion. **Böhm**-Berlin



tritt für das Frühredressement ein. **Wullstein**-Bochum bezieht den ganzen Arm in den Verband, den er segmentiert. **Möhring**-Kassel tritt für das Abbott-Verfahren ein, **Krukenberg** dagegen hält die diesjährige Aussprache für ein ehrenvolles Begräbnis!

29. **Wilms**-Heidelberg: Operative Behandlung des Plattfusses. Operative Ankylosierung des Talonavikulargelenkes, Einpflanzung eines Knochenkeiles an der Aussenseite des Processus anter. calcanei nach Osteotomie hierselbst.

30. **Kausch**-Berlin: Eine Operation bei schwerstem Plattfusse. Ausmeisselung zweier Knochenkeile, eines horizontalen aus dem Talus, eines vertikalen aus dem Navikulare; beide mit innerer Basis.

31. **Streissler**-Graz: Ueber bogenförmige Osteotomie in der operativen Plattfussbehandlung. Bogenförmiger Hautschnitt auf dem Fussrücken; Osteotomie des Talushalses und des Processus ant. calcanei in frontaler Richtung mit nach vorne gerichteter Konvexität mittels bogenförmigen Meissels.

Diskussion: **Perthes**-Tübingen reseziert einen Keil aus dem Navikulare und implantiert denselben von aussen in den Calcaneus. Verlängerung der Peronei, Durchziehung der Tibialis-anticus-Sehne durch Navikulare. **Fränkel**-Berlin demonstriert einen Saugapparat zur Plattfussbehandlung. **Schanz**-Dresden: Über die vorderen Stützpunkte des Fussgewölbes. Die Metatarsalköpfe stehen auf der Mantelfläche eines Zylinders und treten demgemäss nacheinander als Stützpunkte in Aktion. Erklärung der Fussgeschwulst. **Schultze**-Duisburg warnt vor blutiger Behandlung des Plattfusses und lässt nur die Verlängerung der Achillessehne gelten. **Jansen**-Leyden empfiehlt die Resektion des Peroneus nach Jones. **Wittek**-Graz hat gute Resultate mit der temporären Ausschaltung der Achillessehne in 12jähriger Beobachtung. **Muskat**-Berlin tritt für die Bedeutung der mittleren Metatarsalköpfe als vordere Stützpunkte ein. **v. Frisch**-Wien hat gute Erfahrungen mit der Gleichschen Operation. **Delorme**-Halle korrigiert den Plattfuss unter Infiltrations- und Leitungsanästhesie. **Bähr**-Hannover wendet sich gegen die Schanzsche Auffassung bezüglich der vorderen Stützpunkte. **Simon**-Breslau warnt vor der Infiltration des plexus ischiadicus. **Krukenberg**-Elberfeld zeigt seine Plattfusstiefel. Er lässt den Patienten mit Spitzfusstellung gehen. **Spitzy**-Wien empfiehlt für den kindlichen Fuss den Heftpflasterverband.

32. **Maass**-Berlin: Operative Behandlung schwerer Skoliosen. Resektion der die Redression hindernden konkavseitigen Rippen. Bei zwei Fällen wurden je 5 konkavseitige Rippen entfernt.

Diskussion: **Alsberg**-Kassel hat in zwei Fällen die Resektion des Rippenbuckels nach v. Volkmann ausgeführt, ohne jedoch die Winkelsäulendeformität dadurch beeinflussen zu können. **Rosenfeld**-Nürnberg und **Schanz**-Dresden erinnern an die Gefahren und schlechten Resultate dieser operativen Versuche.

33. **Riedinger**-Würzburg: Demonstration von Gipsleimkorsett und eines Osteoklasten. Beschreibung der Technik.

34. **Müller**-Berlin: Zur Behandlung der schnappenden Hüfte. Konservative Behandlung (Mieder mit Schiene, die sich in die retrotrochantere Furche presst) beseitigte das Schnappen.

35. **Turner**-Petersburg: Die Frakturen des Femurhalses im kindlichen Alter und ihre Beziehungen zur Coxa vara. Die experimentelle Ablösung der Kopfkappe gelang nicht so leicht, wie die Erzeugung von Brüchen in der Nähe der Epiphysenlinie.

36. **Bade**-Hannover: Beobachtungen bei der blutigen Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung. Bevorzugung des Ludloffschen Schnittes. 13 Fälle mit 3 guten, 7 brauchbaren und 3 schlechten Resultaten.

Diskussion: **Deutschländer**-Hamburg: Die blutige Reposition ist als ein nicht immer vermeidbarer Ausnahmefall zu betrachten. Im nicht einrenkungsfähigen Alter Versuch einer blutigen Transposition. **Härtling**-Leipzig demonstriert stereoskopische Bilder reponierter Hüftluxationen.

37. **Schultze**-Duisburg. Zur Behandlung der Luxatio patellae lateralis congenita. Mobilisierung und Einwärtsverlagerung des ganzen Quadrizeps.

38. **Lam**-Paris. Die Klumpfussbehandlung mit dem subkutanen Evidement. Subkutane Exkochleation nach **Ogston-Lauenstein.**

Diskussion. **Wollenberg**-Berlin empfiehlt für rebellische Klumpfüsse ein subkutanes Redressement der Tuberositas metatarsi quinti samt Cuboid und process arter. calcanei mittels eingeführten zangenförmigen Instrumentes.

39. **Magnus**-Marburg. Ein Klumpfussverband. Zur Bekämpfung der Innenrotation werden beide Füsse mittels Heftpflaster auf eine einheitliche Schiene bandagiert.

Diskussion. **Rosenfeld.** Die Methode stammt von Helfferich.

40. **Duncker**-Köln. Demonstration eines Skoliosenmessapparates.

35) **Vallot et Bayeux.** Expériences faites au Mont Blanc en 1913, sur l'activité musculaire spontanée aux très hautes altitudes. (Acad. des sciences, 29. XII. 13. Gaz. des hop. 87e année, Nr. 3, p. 40.)

In sehr grossen Höhen nimmt die Muskelkraft bekanntlich ab. Vortragende suchten beim Eichhörnchen, dessen aktive Muskelkraft leicht durch die Zahl der Umdrehungen seines Käfigrades bestimmt werden kann, die Abnahme der muskulären Arbeitskraft in der Höhe zu bestimmen. Unten im Tal in Chamonix betrug die durchschnittliche Zahl der täglichen Radumdrehungen 6700, auf dem Montblanc nur 924. Einige Tage nach der Rückkehr ins Tal war die Arbeitsleistung wieder die gleiche, wie vor dem Bergtransport.

Spitzer-Manhold, Zürich

36) **Reynier et Chifoliau.** Ostéomyélite mycosique. (Acad. de méd., 9. XII. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 141, p. 2242.)

Bei einer jungen Frau bestand seit 3 Jahren eine Geschwulst an einem Oberschenkel, die zuerst für ein Sarkom gehalten wurde, nach der Röntgenaufnahme für eine tuberkulöse Knochenaffektion. Der Knochen wurde ausgekratzt und der vorhandene Eiter mikroskopisch untersucht. Es handelte sich um eine mykotische Infektion. Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Robin.** Emploi du soufre colloïdal dans le traitement du rheumatisme. (Acad. de méd., 25. XI. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 135, p. 2144.)

2 erfolgreich mit kolloidalem Schwefel behandelte Fälle chronischen Rheumas werden mitgeteilt. Bei Eintritt von Diarrhoen mit reichlicher Schwefelwasserstoffabsonderung muss die Kur sofort unterbrochen werden. Die Darreichung erfolgt in sehr konzentrierter Lösung (20 Centigramm auf 1 Teelöffel), ein anderes Medikament (Chinin, Antipyrin etc.) kann hinzugefügt, die lokalen Beschwerden mit muskelregenerierenden Massnahmen (Massage, Mobilisierung) behandelt werden. Spitzer-Manhold, Zürich.



38) **Marie et Bouttier.** Déformations du pied chez trois tabétiques. (Soc. de neurol., 6. XI. 13. Gaz. de hop. 86e année, Nr. 129, p. 2052.)

3 Tabiker zeigen ohne radiographische Knochenveränderungen des Fussskeletts Fussanomalien: Charcotsche Deformität, Klumpfuss Typus Joffroy und Schlottergelenk durch muskuläre Insuffizienz.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **Babinski et Jackowski.** Mouvements conjugués des hémiplégiques. (Soc. de neurol., 6. XI. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 129, p. 2051.)

Es wird ein Hemiplegiker gezeigt, der in Bauchlage den Unterschenkel zum Oberschenkel nicht beugen kann, ohne gleichzeitig den Oberschenkel im Hüftgelenk zu beugen durch gleichzeitige Kontraktion des rectus femoris. Hält man das Becken auf der Unterlage fixiert, so ist auch eine Unterschenkelflexion unmöglich. Es handelt sich um mechanische Phänomene. Eine Sehnentransplantation könnte dem Kranken Linderung schaffen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Dalché.** Hydarthroses périodiques. (Soc. méd. des hop., 31. X. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 126, p. 1986.)

Ein 26jähriger Neurastheniker mit anstrengender körperlicher Beschäftigung. leicht rachitisch (genu valgum), beobachtete seit 3 Jahren ein chronisches Knieödem- und Hydarthros. Darauf kamen periodisch alle 4 bis 6 Tage stärkere Gelenkergüsse. Besserung durch thyreoide Opotherapie. Hereditär ist eine arthropathische Belastung festzustellen. Das genu valgum vermindert seinerseits die Wiederstandsfähigkeit des Kniegelenks gegenüber den Anforderungen strenger Arbeit.

Spitzer-Manhold, Zürich.

41) **Guillain et Routier.** Périarthrite rheumatismale chronique consécutive à un zosta localisée dans le territoire de l'éruption. (Soc. méd. des hopitanx., 31. X. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 126, p. 1986.)

Bei einer 70jährigen trat nach herpes zoster, der im Gebiet der Brachialplexuswurzeln links ausbrach, eine chronische rheumatische Periarthritis an der linken Hand auf, die nun schon 2 Jahre besteht. Die Fingerbewegungen sind durch sie beschränkt und, mit Gewalt ausgeführt, schmerzhaft. Keine Sensibilitäts- und elektrischen Störungen, Tropho-neurotische Störungen im Anschluss an herpes zoster sind bekannt, ostale und artikuläre nur selten beschrieben worden. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Vincent et Gantier.** Un cas de maladie de Volkmann au membre inférieur. (Soc. méd. des hop., 31. X. 13. Gaz. des hop. 86e année, Nr. 126, p. 1986.)

Ein 16jähriges Mädchen bekam nach leichtem Trauma des einen Knöchels eine starke Fussgelenkschwellung und Deviation des Fusses nach innen. Diagnose: hysterische Kontraktur. Therapie: im Verlauf von 15—18 Monaten 17 sehr enganliegende Gipsverbände. Resultat: starke Atrophie des kranken Unterschenkels, elephantiastisches Oedem des Fusses und unteren $^1/_3$ Unterschenkels, Fuss in dorsaler Flexion und Innendeviation, die unmöglich auch nur um weniges zu redressieren waren und den Eindruck einer Ankylose machten. Die chirurgische Behandlung schien die allein rationelle zu sein, trotzdem versuchte man Mechanotherapie und Massage. Nach 6 Wochen konnte das Mädchen wieder einen Stiefel tragen. Die Autoren stellen trotzdem die ursprüngliche



Diagnose: hysterische Kontraktur in Zweifel und glauben eher an die Volkmannsche Krankheit infolge der aufeinanderfolgenden 17 festen Verbände.

Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Weiss.** Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la méthode Clairmont-Ehrlich. (Soc. de méd. de Nancy. Rev. de chir. 34e année, Nr. 1, p. 104.)

Die infero-anteriore Partie des Gelenks, die am schwächsten und für Rezidive am geeignetsten ist, wird nach der besprochenen Methode durch einen Muskellappen verstärkt. Dieses Verfahren ist sicherer und der Capsulo-Myorhaphie, sowie der Schulterresektion und dem Auskratzen der Gelenkpfanne vorzuziehen. Ein Fall, mit gutem Resultat so operiert, wird vorgestellt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **Tixier et Couvert.** Troubles nerveux après incision d'un phlegmon de la main. (Soc. des sciences méd. de Lyon. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 982.)

Bei einem 37jährigen wurde wegen Phlegmone der palmären Daumensehnenscheide an der Handfläche und am Vorderarm eine Inzison gemacht und ein Drain durchgesteckt. 2 Monate später traten trophische Störungen an den Fingern infolge einer Kompressionsneuritis des n. medianus auf. Der Nerv wurde aufgedeckt, ein Neurom gefunden, dieses entfernt. Heilung ohne Rezidiv.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Nové-Josserand et Michel.** Pseudarthrose congénitale des deux os de la jambe. (Soc. des sciences méd. de Lyon. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 982.)

Das einzig wirksame operative Verfahren bei derartigen kongenitalen Pseudarthrosen zweier Unterschenkelknochen ist das Reichel'sche: Bilden eines Haut-Knochen-Periostlappens aus der gesunden Tibia und Einpflanzen dieses Stückes in den Pseudarthroseherd nach Anfrischung der defekten Knochen. 1 eigener Fall mit noch ausstehendem Endresultat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Imbert et Clément.** Fracture bilatérale de la rotule. (Soc. de chir. de Marseille. Rev. de chir. 33e année Nr. 12, p. 983.)

Nach Trauma erfolgte bei einem Mann doppelseitiger Patellarbruch. Eine Seite war in Italien mit Silberdraht genäht worden und total vereitert, deshalb wandten Vv. auf der anderen Seite konservative Behandlung an. Knie 1 gab eine komplete Ankylose, Knie 2 ein befriegendes funktionelles Resultat, so dass das Gehen dank diesem zweiten Bein doch möglich ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Alamartine.** Ancienne fracture de la rotule. (Soc. des science méd. de Lyon. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 633.)

Ein Mann brach sich vor 24, 22 und 20 Jahren die gleiche Kniescheibe. Das dritte Mal wurde mit Metalldraht genäht. Ausgezeichnetes Heilresultat, gutes Gehen. Unter der Haut fühlt man die Drähte, die auch das Radiogramm zeigt, die gut toleriert werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Rendu.** Fracture sus-condylienne de l'humerus. Paralysie cubitale. (Soc. des sciences méd. de Lyon. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 633.)

Vor 3 Monaten brach ein 10jähriges Mädchen den Oberarm über den Kondylen. Es entstand ein grosser Kallus und eine Ulnarislähmung. Letztere



schwand allmählich, aber die Beweglichkeit im Ellbogen war verloren. Eröffnung am äusseren Trizepsrand, Entfernen eines humeralen artikulären nach vorn verschobenen Fragments. Kocher'sche Flexionsfraktur mit Verschiebung des unteren Fragments nach vorn. Gutes Operationsresultat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Blanc**. Ankylose vicieuse de la hanche. Ostéotomie soustrochantérienne. (Soc. des sciences méd. de Saint-Étienne. Rev. de chir. 33e année Nr. 10, p. 634.)

Bei einem 15jährigen Jungen heilte eine eitrige Hüftgelenksentzündung mit rechtwinkliger Ankylose aus. Es wurde eine offene subtrochantäre Osteotomie mit nachfolgender Extension gemacht. 40 Tage später war der Femur konsolidiert, 50 Tage nach der Operation begann der Kranke zu gehen. Ausgezeichnetes funktionelles Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Delore et Michel**. Fracture de la rotule á trois fragments. (Soc. des sciences méd. de Lyon. Rev. de chir. 33e année Nr. 9, p. 530.)

7 Tage nach dem Unfall wurde bei einem Patellarbruch mit 3 Fragmenten das fibröse peripatellare Gewebe genäht. Am 10. Tage nach der Operation Massage, nach 45 Tagen Gehen. Das Radiogramm zeigt eine gute Vereinigung aller 3 Fragmente. Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Viannay**. Tuberculose juxta-synoviale du genon. (Soc. des sciences méd. de Saint-Étienne. Rev. de. chir. 33e année Nr. 9, p. 533.)

Bei einem 19jährigen Mädchen, bei dem eine Explorativarthrotomie des Kniegelenks gesunde Verhältnisse ergeben hatte, wurden nur die kranken Weichteile der Knieregion entfernt. Gutes Resultat. Seit 6 Monaten kein Rezidiv.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Delbet**. Masse à plomber les os. (Soc. de chir. de Paris, 10. XII. 13. Rev. de chir. 34e année, Nr. 1, p. 97.)

Eine neue Modifikation der Masse für Knochenplomben besteht nach Vortragendem aus: Wachs, Cloroform, Jodtinktur im Verhältnis von 50:6:6. Je nach mehr Zusatz von Chloroform und Jodtinktur kann die Masse flüssiger gestaltet werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Potel-Mauclaire**. Sarcome de l'omoplate Résection économique de l'omoplate avec conservation de l'articulation de l'épaule. Bon résultat fonctionel deux ans et demi après l'intervention. (Soc. de chir. de Paris, 10. XII. 13. Rev. de chir. 34e année, Nr. 1, p. 100.)

Bei einer 36jährigen Frau mit Spindelzellensarkom des Schulterblattes konnte eine partielle Resektion des Knochens unter Erhaltung der Gelenkpfanne gemacht werden mit nachträglichem sehr gutem funktionellen Resultat: alle Armbewegungen sind möglich mit Ausnahme der Bewegungen der Schulterblattbasis. Mauclaire selbst ist Anhänger der Radikaloperation, da man bei einem Sarkom (mit Ausnahme der relativ benignen Riesenzellensarkome) nie vor einem Rezidiv sicher ist. Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Oudard-Delbet**. Traitement des fractures de jambe par la méthode de Delbet á l'hopital maritime de Cherbourg. (Soc. de chir. de Paris, 10. XII. 13. Rev. de chir. 34e année, Nr. 1, p. 96.)

34 Frakturen des Unterschenkels bei Kindern wurden mit dem Delbetschen Apparat und nach seiner Methode behandelt. Fast keine Verkürzung des Beines, kein Hinken, abgekürzte Spitalbehandlung. Spitzer-Manhold, Zürich.



55) **Marquis-Cunéo.** Maladie de Little traitée par le procédé de Van Gehuchten. (Soc. de chir. de Paris, 12. XI. 13. Rev. de chir. 34e année. Nr. 1, p. 94.)

Ein schwerer Fall von Little wurde zuerst mit Tenotomie beider Achillessehnen und beider Semimembranosi mit Fixation behandelt, ohne jeden Erfolg. Darauf Laminektomie und Zusammenfassung hinterer Wurzeln zu 3, 4, Freilassen von Gruppen, wieder Zusammenbinden einiger Wurzeln (im ganzen 3 Bündel zusammengefasst), diese zusammengebundenen dann durchschnitten (Van Gehuchtensche Operation, die leichter als die Förstersche auszuführen ist und gleich gute Endresultate gibt). Sehr gutes Resultat bei dem besprochenen Fall. In der Diskussion erwähnt Kirmisson, dass die vorgenommenen Tenotomien ungenügend waren, manchmal müsse man zur Besserung alle Sehnen in der Kniekehle durchschneiden und dann noch subtrochantere Osteotomien machen. Wenn der Intellekt des Patienten (für die Nachbehandlung) gut ist, so erreicht man mit diesen operativen Massnahmen ohne weitere Nervenchirurgie das denkbar Günstigste. Von anderer Seite wird die Stoffelsche Operation (Resektion bestimmter Nervenbündel, die Teilen des kontrahierten Muskels entsprechen) empfohlen. Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Roton-Chaput.** Ankylose en flexion par rétraction musculaire, ténotomies des fléchisseurs de la jambe et redressement suivie de subluxation du tibia en arrière. Arthrodèse et résection partielle des condyles du fémur, suivie d'un redressement satisfaisant. (Soc. de chir. de Paris, 12. XI. 13. Rev. de chirurg. 34e année, Nr. 1, p. 96.)

Ein 16jähriger Madagasse hatte am Unterschenkel ausgebreitete gummöse Geschwüre gehabt, die durch Muskelretraktion eine permanente Flexion im Knie hervorbrachten. Offene Resektion des Biceps, Semitendinosus, Semimembranosus, Rectus internus. Die Geraderichtung der Extremität gelang nur mit Subluxation der Tibia nach hinten. Nach 3 Monaten machte man eine partielle Resektion der Femurkondylen und Abkratzung des Tibiaknorpels zur Erlangung einer Ankylose im Knie. Das Resultat war ein zufriedenstellendes. Merkwürdig ist, dass bei so intensiver muskulärer Retraktion keine konkommittierende Arthritis aufgetreten war. Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **H. Keller.** Solbadtherapie bei chirurg. Tuberkulose. (85. Versammlung des ärztl. Zentralvereins Olten, 25. X. 13. Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte, 44. Jg., Nr. 4, p. 115.)

Im Anschluss an Arnds Vortrag „über die Aussichten der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene“ teilt Vortr., Arzt am Sanatorium Rheinfelden, eine Statistik über die dort behandelten Fälle von chirurgischer Tuberkulose, Scrophulose, für Tuberkulose prädisponierenden Krankheiten (Anämie, Rachitis) bei Kindern und Erwachsenen mit. Die Bedeutung der Solbadkuren liegt in ihrer prophylaktischen Wirksamkeit. Gleichzeitig entlasten die Solbadheilstätten die Krankenhäuser von den leichten chirurgischen Tuberkulosefällen. Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **de Quervain.** Flachlandtherapie der chirurgischen Tuberkulose. (85. Versammlung des ärztl. Zentralvereins Olten, 25. X. 13. Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte, 44. Jg., Nr. 7, p. 214.)

Im Anschluss an den Vortrag Arnds über das gleiche Thema spricht de Quervain für eine Reform des Krankenhausbaues auch in der Ebene, um



den tuberkulösen Kranken die Wohltat von Luft und Sonne zu gewähren und möglichst nutzbar zu machen. Er warnt davor, eine Tuberkulose zu schnell als geheilt zu betrachten, da es sich nur um eine klinische Latenz handeln kann, und erst jahrelange Beobachtung des Falles ein endgiltiges Urteil möglich macht. Tuberkulöse Lymphdrüsen, Knochen- und Gelenkstuberkulosen heilen relativ leicht unter Heliotherapie aus, für die schwersten Formen bleibt aber dennoch die chirurgische eingreifende Therapie die allein lebensrettende ev. lebensverlängernde. Spitzer-Manhold, Zürich.

59) Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 10. 2. 13. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1913.)

Herr **Maass**: Kongenitale Vorderarmsynostose bei einem 11 monatl. Kinde.

Herr **Joachimsthal**: berichtet über 3 derartige Fälle.

1. Wilhelm S., 10 Jahre, Cöln.

Anamnese: Keine Erblichkeit nachzuweisen. Bei der Geburt konstatierte der Arzt Querlage. Die Verbildungen der Füsse brachte das Kind mit auf die Welt. Trotzdem lernte es rechtzeitig laufen und klagte nie über Schmerzen. Kommt zum Anmessen eines Paares Schuhe, die er besonders am Aussenrande der Sohle und an der Innenseite des Vorschuhes rasch verschleisst.

Objektiver Befund: Schwächlicher, schlecht ernährter Junge ohne sichere rachitische Stigmata.

Abgesehen von leichtem Wackelknie sind an den unteren Extremitäten beide Füsse, besonders aber der rechte abgeflacht und im Sinne eines Pes adductus stark verändert.

Im Liegen ist der ganze Fuss leicht supiniert und plantarflektiert. Der Vorderfuss erscheint im Chopart'schen Gelenk hochgradig adduziert, sodass die Verlängerung des Metatarsale II durch die Tuberos. Metatarsi V verläuft.

Bei der Belastung schwindet jedoch die Plantarflexion, teilweise auch die Supination und die Adduktion springt in ihrer ganzen Schwere in die Augen. Während die Ferse in Mittelstellung steht, ist der innere Fussrand in der Höhe des Kahnbeins stark nach einwärts abgebogen. Dem entsprechend zeigt die äussere Fusskontur einen konvex geschweiften Verlauf mit dem Scheitelpunkt in der Gegend des Würfelbeins. Die Keilbeine sind zusammengeschoben, nach aussen verlagert und als abnorme Vorwölbung seitlich am Fussrücken sichtbar. Die Metatarsen und alle Zehen zeigen eine nach einwärts gerichtete Tendenz.

Die Sohlenhaut ist nur an der Ferse, dem äusseren Fussrande und dem Kleinzehenballen mit Schwielen bedeckt. Statt des Grosszehenballens wird die nach Art eines Hallux malleus plantarflektierte Grosszehe beansprucht.

Muskelbefund und Beweglichkeit: Alle Muskeln funktionieren, ihre Sehnen sind jedoch abnorm schlaff, auch in den Supinatoren und Abduktor hallucis kein vermehrter Tonus. — Supination etwa normal, Pronation und Abduktion = O, Dorsalflektion um etwa $^1/_4$ eingeschränkt. Die Adduktionsdeformität ist kontrakt und lässt sich manuell nicht ausgleichen.

Der Gang ist breitspurig, leicht stolpernd und erfolgt mit schlechter Abwickelung der nach einwärts gesetzten Füsse.

Im Röntgenbild sind die proximalen Enden der Metatarsalia II—V fächerförmig übereinander geschoben. Die Keilbeine sind nach aussen zusammengedrängt, sodass die Schatten des II. und III. teilweise in die Konturen des Würfelbeines fallen. Der Gelenkspalt, besonders des Calcaneo-Cuboidgelenks klafft weit.



Therapie: Da eine Operation von den Eltern abgelehnt wird, beschränkt sich die Behandlung auf konservative Massnahmen.

2. Peter O., 3 Jahre, Cöln.

Anamnese: In der Verwandschaft keine ähnlichen Leiden. Wurde mit den Fussdeformitäten geboren. Er lernte aber rechtzeitig laufen, fiel nur dabei öfters über seine eigenen Füsse und klagt in letzter Zeit über Schmerzen beim Anziehen der Schuhe. Abgesehen von rascher Ermüdung, keine wesentlichen Beschwerden.

Status: Geweckter, gut entwickelter Junge mit frischer Gesichtsfarbe und gesunden inneren Organen.

Keine nachweisbaren rachitischen Erscheinungen.

Beide Füsse sind in der Weise symmetrisch deformiert, dass die Vorderfüsse im Sinne der Adduktion nach einwärts verkrümmt sind und die Fusswurzelknochen am Fussrücken stärker hervortreten.

Im Liegen nehmen die Fersen Mittelstellung ein, im Stehen dagegen deutliche Valgusstellung.

Dorsal- und Plantarflexion in vollem Umfange möglich, Supination vermehrt, Pronation vermindert.

Gang etwas watschelnd, mit flach aufgesetzter Fussohle. Dabei werden die Füsse nach einwärts gekehrt, sodass die Grosszehen aneinander vorbeistreichen.

Im Röntgenbild ähnliche, wenn auch nicht so schwere Veränderungen wie im ersten Falle.

Therapie: Redression beider Füsse in Narkose. Gipsverbände, später Nachtschienen, Einlagen und Schuhe.

3. Walter F., 3½ Jahre, Werftdirektorssohn, Hamburg.

Anamnese: Den Eltern ist aufgefallen, dass der rechte Fuss beim Gehen stark nach einwärts gesetzt wird. Der Gang besteht in dieser Weise schon von Beginn des Laufens an.

Objektiver Befund: Kräftiges Kind mit gut entwickelter Muskulatur und gesunden inneren Organen.

Bei ruhiger Haltung zeigt der Fuss keine nennenswerten Formabweichungen im Sinne eines Varus, dagegen ist der Vorderfuss stark adduziert und bildet auch bei der Belastung mit dem Hinterfuss in der Gegend des Chopart'schen Gelenkes einen sich nach innen öffnenden, stumpfen Winkel. Die Ferse steht in Mittelstellung. Eine Innenrotation der Hüfte besteht nicht.

Die grosse Zehe wird beim Gehen in starker Plantarflexion aufgestellt.

Im Röntgenbild decken sich die Basen der 4 äusseren Metatarsalien teilweise, während ihre Köpfchen den Zusammenhang mit den zugehörigen Zehen verloren haben. Auch hier findet sich die Ueberschneidung des 2. und 3. Keilbeines mit den Umrissen des Cuboid.

Therapie: Mehrfaches Redressement. Gipsverbände, Massage, Nachtschiene, passendes Schuhwerk.

Nach 4 Monaten Adduktionsstellung des Fusses vollständig beseitigt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



1) **Franz Kirchberg** (Berlin). Wirkung der Massage bei Arteriosklerose und chronischer Kreislaufschwäche. (Zeitschr. f. physikal. u. diätetische Therapie. 1913. Bd. XVII, S. 672—678.

Verf. weist nach, wie wertvoll die Massage bei der Arteriosklerose sein kann, bei der sie vor noch nicht zu langer Zeit als kontraindiziert galt. Er kommt zu den Schlussfolgerungen, dass die Massage im Stadium der Präsklerose und jugendlichen Arteriosklerose „als Vasomotorenübung und Vermehrung der Muskelmasse ohne aktive Arbeit des Herzens" wirkt. Bei der ausgebildeten Krankheit wirkt sie blutdruckherabsetzend und herzübend, ersetzt teilweise die mangelnde Elastizität der Gefässe, steigert den allgemeinen Stoffwechsel. Das Abdomen muss durch Atmungsgymnastik und Bauchmassage beeinflusst werden. Verf. beeinflusst den Druck, indem er den transversus abdominis durch systematische Leukoplastverbände unterstützt.

Auch die lokale Massage spielt bei Sensibilitätsstörungen der Arteriosklerose, bei intermittierendem Hinken usw. eine grosse Rolle.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

2) **Adolf Lorenz** (Wien). Die zweiarmige Hebellehne ein Vorschlag zur Verbesserung der Hygiene des Sitzens. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXIII, S. 182--187.)

Die üblichen Lehnen erfüllen die Aufgabe nicht, die Rückenflächen so zu stützen, dass die Lendenwirbelsäule gegen die Sitzkyphose und dann der Rumpf gegen die Totalkyphose der Wirbelsäule geschützt ist. Um diesem Missstand mit allen seinen unangenehmen Folgen abzuhelfen, hat L. die zweiarmige Hebellehne konstruiert. Auf der feststehenden, zu steilen Lehne — daran kranken nämlich die gewöhnlichen Stuhllehnen — wird in einer Distanz von ca. 2 cm eine zweite Lehne derart befestigt, dass sich dieselbe um eine der Lehnenmitte entsprechende Querachse dreht. Während sich bei den gewöhnlichen stellbaren Lehnen bei einer Neigungsveränderung jeder Querschnitt gleichsinnig — nach hinten oder vorne bewegt, bewegen sich bei der Hebellehne die oberhalb und unterhalb der Drehachse gelegenen Querschnitte in entgegengesetztem Sinn.

Die Anfertigung der Hebellehnen und mit ihr ausgestatteter Stühle hat die bekannte Firma Gebr. Thonet in Wien übernommen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

3) **W. F. Miloz** (Rotterdam). Technische Mitteilungen. Mit 13 Abbildungen. (Zeitschr. f. orth. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 212—222.)

Verf. beschreibt folgende Gegenstände, die ohne die beigegebenen



Abbildungen meist nicht gut verständlich sind und über die deshalb im Original nachzulesen ist:

1. eine astatische Wage zur Bestimmung des Schwerpunktes,
2. einen Bleidraht-Mess- und Projektionsapparat,
3. einen Symmetriezirkel,
4. einen Volumenmesser,
5. einen Nivellierzirkel,
6. ein Messlineal, zugleich Zeit-, Winkel- und Zentimetermass,
7. einen fahrbaren Operationsverbandtisch (Radbahre).

Natzler, Mülheim-Ruhr.

4) **Tiegel.** Eiterbecken mit Stiel. (M. m. W., Nr. 35, 1913.

Verf. liess, um einem fühlbaren Mangel abzuhelfen, von der Firma Emil Kraft in Dortmund, Ostenhellweg 50, ein Eiterbecken mit Stiel anfertigen, bei dessen Gebrauch die haltende Hand sicher vor der Berührung mit dem Inhalt des Beckens ist. Mit dem Stiel kann das Becken leicht an den Verbandtisch angeschraubt werden.

Klar, München.

5) **H. Hoeftmann** (Königsberg). Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Prothesen. Mit kinematographischen Demonstrationen. Mit 30 Abbildungen. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 112—130.)

Auf dem 4. internationalen Kongress für Physiotherapie hat H. einige seiner glänzenden Fälle kinematographisch vorgeführt. Das Prinzip seiner Prothesen ist folgendes: Bei Verlust einer Hand oder eines Teiles des Vorderarms wird am Stumpf ein gutsitzender Lederstulp angebracht, an diesem mittels eines Metallbeschlags eine Düse befestigt, in die verschiedene Ansätze, je nach der Beschäftigung gesteckt werden. Eine Reihe äusserst lehrreicher Bilder zeigt einen Verletzten mit Verlust der rechten Hand und eines Stückes des Vorderarms, der mit dem Bohrer arbeitet, an der Drehbank, mit Hobel, Beil und Raspel. Ein Mann mit Verlust beider Hände, eines Teils der Vorderarme und beider Füsse isst, trinkt, schreibt, feilt, hämmert, arbeitet an der Drehbank, steigt treppauf und -ab — kurz, ist aus einem elenden Krüppel ein arbeitsfähiger Mensch geworden, der nicht mehr auf die Mildtätigkeit seiner Nebenmenschen angewiesen ist.

H. gibt dann noch einige Winke für den Ersatz von Defekten an der unteren Extremität: Bei Fussverlust muss das Fussgelenk des Apparats steif gearbeitet werden. Oberhalb des Kniegelenks Amputierte müssen einen Apparat bekommen, in dem das Knie-

gelenk hinter die normale Gelenkachse verlegt ist, damit sich das Knie bei jeder Belastung von selbst streckt und steif stellt.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

6) **Bilhaut.** La ligature mécanique en chirurgie. (Annales de chir. et d'orthopéd. Tome XXVI, Nr. 3, p. 65.)

Verf. plädiert für den Gebrauch der in Frankreich noch wenig üblichen Michelschen Klammern, bei Weichteilnähten in der Tiefe. Die Klammern bleiben liegen ohne Fremdkörpererscheinungen hervorzurufen, sie sind besser sterilisierbar als irgend ein anderes Nahtmaterial und bei Gefässkompression, wo es sich um rasche Blutstillung handelt. In seiner Praxis hat Verf. noch nie ein Fehlschlagen oder Versagen dieser Art Naht getroffen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Koehler, H.** (Greifswald). Desinfektion des Operationsfeldes mit Thymolalkohol. (Deutsche militärärztl. Zeitchr. 1913. Heft 16, S. 619—620.)

K. rühmt dieser Lösung eine Reihe von Vorzügen gegenüber der Jodtinktur nach: Hautreizungen und Ekzeme sind seltener; die Lösung ist farblos (ev. kann aber Eosin zur Färbung zugesetzt werden); sie greift die Wäsche nicht an; sie ist billiger (100 gr Thymolalkohol 5 % (Alkohol 60 %) = 1,20 Mk. gegen 100 gr Jodt. = 2,20 Mk.); sie ist unbegrenzt haltbar.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

8) **Bilhaut.** Nettoyage de la peau avant les opérations chirurgicales. (Annales de chir. et d'orthop. T. XXVI, Nr. 9, p. 257.)

Ohne ein Feind neuer Methoden zu sein, erklärt sich V. doch ausser auf dem Schlachtfeld und bei dringenden Fällen, wo kein Wasser zu gründlicher Desinfektion des Operateurs zur Stelle ist, für die alte Methode der Desinfektion der Operateurshände und des Operationsgebietes: Wasser, Seife, Bürste, 1 % Hg-Oxycyanürlösung, Ätherwaschung und Alkoholsublimat mit acid. thymicum (0,5 ‰). Bei diesem Verfahren sah er immer Heilungen per primam, hatte weder Oedeme, Reizerscheinungen oder gar allgemeine Intoxikationen zu fürchten (man kann im voraus nie wissen bei der Joddesinfektion, mittels welchen Jodpräparates sie auch ausgeführt wird, ob der Patient nicht eine Idiosynkrasie dafür hat).

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Speck, Walter.** Über Noviform zur Wundbehandlung. (M. m. W., Nr. 34, 1913.)

Verf. fand im Noviform, dem Tetrabrombrenzkatechinwismutoxyd, das von Heyden in Radebeul bei Dresden als Nach-



folger und besserer Ersatz des Xeroforms hergestellt wird, ein in jeder Beziehung vorzügliches Wundantiseptikum. Verbrennungen heilten z. B. schneller unter Noviform als unter der Bardelebenschen Wismutbrandbinde, Intoxikationen kamen nicht vor. Noviform ist sterilisierbar. Klar, München.

10) **Barthe de Sandfort.** La kérithérapie. (Annales de chir. et d'orthopéd. V. XXVI, Nr. 5, p. 136.)

V. hat eine neue Methode der Wärmeapplikation durch erhitztes verflüssigtes Wachs mit den dazu gehörigen Apparaten erfunden. Wegen des Mangels an Feuchtigkeit (Hydrotherapie) werden vom Patienten viel höhere Temperaturen vertragen, ausserdem hat das Wachs den Vorteil, beim Erkalten einen leichten Druck auf die behandelten Teile auszuüben, schmiegt sich auch den kranken Partien besser an als irgend ein feuchter Verband oder Schlammsubstanz. Anwendung: bei Arthritis, Rheumatismus, Gicht, Neuralgien, Neuritiden, Phlegmonen, Panaritien, Hautwunden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Gould.** Radium and cancer. (The Brit. med. Journ. 1914. 3. I, p. 1.)

Unter anderen mit Radium erfolgreich behandelten Fällen von malignen Geschwülsten sah V. bei zwei Spindelzellensarkomen periostalen Ursprungs am Femur bei zwei Jugendlichen eine Verkleinerung des Tumors nach Versenken einer Röhre mit 100 mg Radium in den Geschwulstbezirk (23, 28 Stunden liegen gelassen) und bis jetzt keine Rezidive. Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Marcel Labbé** (Paris). Die Behandlung der Fettleibigkeit mittelst elektrischer Gymnastik. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913, Bd. XXIII, S. 264—266.)

Die Grundlage jeder Entfettungstherapie bilden zwei Faktoren: Eine Verminderung der Nahrungszufuhr und eine Vermehrung des Energieverbrauchs.

L. bringt 2 Fälle, beides Patienten mit Herzbeschwerden. Die 52jährige Frau kommt durch Reduktion der Nahrung von 112 auf 109 kg. Von da erst unter Anwendung des Bergoniè'schen Verfahrens in 4 Monaten auf 86 kg. Der 32jährige Mann unter Nahrungsreduktion von 106 auf 102 kg, mit Bergeniè in 4 Monaten auf 90 kg. Der Puls ging im ersten Fall von 102 auf 84, im zweiten, von 86 auf 74.

Inzwischen ist man in Deutschland von einem anfänglichen Enthusiasmus für die Methode wieder bedeutend zurückgekommen. (Ref.) Natzler, Mülheim-Ruhr.



13) **v. Eiselsberg** und **Ranzi.** Ueber die chirurgische Behandlung der Hirn- und Rückenmarkstumoren. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 2, p. 309.)

Verf. berichten über die operativen Erfolge bei 168 Fällen von Hirntumoren und von 40 Laminektomien. Die Chancen der Operation sind bei Rückenmarkstumoren bedeutend bessere, als bei Hirntumoren, und sind von einer häufigeren Ausführung der Probelaminektomie wichtige Fortschritte der Rückenmarkschirurgie zu erwarten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Ritter.** Kritische Bemerkungen zu den kritischen und experimentellen Untersuchungen über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 120, H. 5—6, p. 586.)

Verf. stellt fest, dass die im Band 119 Heft 5 der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von de Groot mitgeteilten Untersuchungen über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen zu einem nicht geringen Teil die Ergebnisse der von ihm in früheren Arbeiten niedergelegten Untersuchungen sind, und bezweifelt das Auftreten von Ersatzlymphdrüsen nach Entfernung der ursprünglichen Lymphdrüsen. Er nimmt als Grund für Lymphdrüsenneubildung infektiöse Ursachen an. Makroskopische Neubildungen sind bis jetzt nur bei Karzinom und Sarkom beobachtet worden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Pribram.** Ueber Fremdkörperzysten. (Arch. für klin. Chir. Bd. 102, H. 2, p. 517.)

Bei einem Manne, dem ein Projektil in den ersten Intermetakarpalraum der linken Hand eingedrungen und reaktionslos eingeheilt war, bildete sich nach 3 Jahren eine zystische Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies, die sich leicht auslösen liess. Die Zystenwand bestand innen aus Granulationsgewebe, aussen aus parallelfasrigem Bindegewebe. Aus der Literatur werden 2 ähnliche Fälle angeführt. Eine plausible Erklärung für das plötzliche Zystenwachstum besteht noch nicht. Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Förster, Rudolf.** Zur Psychologie der Aussagen Unfallverletzter. (M. m. W., Nr. 34, 1913.)

Die Angaben Unfallverletzter über den Hergang des Unfalls sind sehr unzuverlässig, noch unzuverlässiger wie Zeugenaussagen überhaupt. Für die Entstellung der Aussagen Unfallverletzter ergeben sich folgende Ursachen:

1. Der Vorgang wird infolge Beeinträchtigung der Psyche durch Affekte im Unfall mangelhaft aufgefasst.



2. Bereits aufgefasste Momente verfallen der retrograden Amnesie.

3. Die im Gedächtnis vorhandenen Lücken werden durch Confabulationen ergänzt und zwar durch Erklärungsversuche, die sich zusammensetzen aus unklaren Erinnerungen an den Unfall, aus dem Befund der Verletzungen, aus der Beschreibung von Zeugen und aus analogen Erfahrungen des sonstigen Lebens.

4. Bei Greisen und Geisteskranken treten Entstellungen des Tatbestandes auf, die auf psychische Störungen zurückzuführen sind.

Verf. behauptet, dass die Unzuverlässigkeit der Aussagen Unfallverletzter weiten Kreisen noch unbekannt sei (erfahreneren Begutachtern wohl schon lange nicht mehr! Ref.), und fordert daher zu Beobachtungen und zur Mitteilung von Erfahrungen auf.

Klar, München.

17) **Veit.** Beitrag zur Aetiologie des Caput obstipum. (Arch. f. klin. Chir. Bd 102, H. 4, p. 1028.)

Auf Grund von Tierexperimenten, bei welchen durch Resektion des n. accessorius eine Degeneration von Muskelfasern des m. sternocleidomastoideus und m. trapezius (vorderer Rand) hervorgerufen wurde, die mit dem mikroskopischen Muskelbefund bei Caput obstipum übereinstimmt, hält Verf. das Caput obstipum für die Folge einer meist bei der Geburt verursachten Zerrung oder Quetschung des n. accessorius. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Weber.** Rheumatic nodules (rheumatismus nodosus) associated with rheumatic torticollis. (Brit. med. Journ. 6. XI. 13, p. 1480.)

Bei einem 11jährigen Jungen trat nach einem Anfall von leichter Polyarthritis ein rheumatischer Schiefhals, 3 Wochen später Knotenbildung an Ellbogen, Knien, später an den Händen auf. Alle Symptome waren hartnäckig und wichen weder der üblichen Salizyl- noch der Phylakogeninjektionstherapie. Die Ursache des Schiefhalses ist in periarthritischer Fibrositis zu suchen, einem Analogon des Prozesses, der auch die rheumatischen Knoten verursacht hatte. Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Van den Bussche.** Traitement du torticollis congénital grave. Thèse de l'univers. de Lille 1913. (Travail de la Clinique chirurg. Infantile de l'université.)

Die Arbeit enthält Allgemeines über torticollis congenita, eigene Beobachtungen und die Propaganda für die Mikuliczsche Operation bei schweren Fällen (Totalexstirpation des Muskels bis auf die obere — hintere Partie, um Läsionen des ramus ext. des spin. zu vermeiden). Dieser wird noch aus kosmetischen Gründen eine plastische



Operation zugefügt, um die entstehende Lücke auszufüllen — entweder durch einen Seidenstrang, der den muskulo-tendinösen Defekt ersetzen soll, oder durch eine schmale Zunge aus dem pectoralis major. Bei leichten Fällen, wo nur die sternale Portion des Muskels zur Korrektion abzutrennen ist, kann man bei jungen Mädchen, als am wenigsten verunstaltende Operation, die subkutane Tenotomie machen, bei mittelschweren Fällen ist die offene die gebräuchlichste. Die orthopädische Nachbehandlung mit oder ohne Apparat richtet sich nach dem persönlichen Geschmack und den Erfahrungen des Operateurs. Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Bilhaut, Vater u. Sohn.** Un cas de Mal de Pott lombaire guéri sans gibbosité. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 7, p. 193.)

Vv. heilten bei einem jungen Mann ein Malum Potti in der Lumbalregion durch Fixation der Wirbelsäule in Gipskorsetten während zweier Jahre und Behandlung eines Senkungsabszesses mit Schmierseifenapplikation. Es ist nicht einmal eine Unebenheit in der erkrankten Region zu sehen, und der allgemeine Kräftezustand des Patienten hat sich sehr gehoben. Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Philibert.** Un cas de spondylite typhique. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 409.)

V. teilt einen Schulfall von Typhusspondylitis bei einem 14½-jährigen Knaben im Verlauf eines heftigen Typhusrezidivs mit. Eine Kyphose in der Lumbalgegend, Skoliose, Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, starke Schmerzen bestanden. Das Röntgenbild zeigte alles Typische der typhösen Wirbelveränderungen: Alteration der Zwischenwirbelscheiben, periostitische Ossifikationen, Veränderungen der Wirbelkörper selbst. Wie gewöhnlich bei den typhösen Formen war keine Eiterungstendenz vorhanden. Nach 3 Monaten Gipskorsett (dieses, wenn kein Decubitus dagegen spricht, der Permanentextension vorzuziehen) waren alle Abnormitäten an der Wirbelsäule wieder ausgeglichen, und der Kranke befand sich in sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Rolleston and Frankau.** Acute leukaemia simulating caries of the spine. (The Lancet 1914. 17. I., p. 173.)

Ein 5jähriger Junge hatte Schmerzen über den unteren dorsalen und oberen lumbalen Wirbeln, daneben Rigidität der paravertebralen Muskeln, keine Knochendeformität, keine Zeichen von Rückenmarksverletzung, jede Bewegung war schmerzhaft. Es wurde Wirbelkaries diagnostiziert. Der Junge starb endlich, nachdem seine Hautfarbe immer blasser geworden war. Bei der Sektion fand



man keine Tuberkulose der Wirbel, die Spongiosa war ganz weich, die Compacta verdünnt. Veränderungen im Knochenmark. Bei dieser akuten Leukämie war merkwürdigerweise nicht die Milz, sondern nur die Leber vergrössert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Gundermann, Wilhelm.** Ueber eine häufige Anomalie der unteren Brustwirbelsäule. (M. m. W., Nr. 34, 1913.)

Bei der Untersuchung einer Frau fiel dem Verf. eine Verdoppelung der Dornfortsatzlinie im Bereich der 3 untersten Brustwirbel auf. Dies veranlasste ihn, eingehende Untersuchungen anzustellen, deren Ergebnis war, dass bei 20% von 150 untersuchten Menschen an den Dornfortsätzen entweder des 12. BrW. oder des 11. und 12. BrW. oder des 10., 11. und 12. BrW. oder — in einem Fall — der untersten 5 BrW. und des 1. LW. eine Gabelung gefunden wurde. Dieselbe Anomalie fand er auch an einem Negerskelett. G. fasst den Befund nicht als der Spaltung der Halswirbeldornfortsätze analog auf, sondern als Rückbildungsvorgang, der mit dem Auftreten der falschen Rippen in Parallele zu stellen ist. Alle diese Anomalie aufweisenden Menschen waren sehr hager und schlank, die Frauen hatten ausserdem eine auffallend geringe Differenz des Thoraxumfangs bei In- und Exspiration, höchstens 3 cm.

Klar, München.

24) **Chalier et Santy.** Spina bifida géant. (Revue d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 257.)

Vv. teilen eine eigenartige Missbildung an Wirbelsäule und Rückenmark mit, die nicht unter die gewöhnlichen Fälle von spina bifida eingereiht werden kann. Ein 4 Monate altes Kind mit einem seit der Geburt rapid wachsenden zystischen Tumor in der Lumbodorsalgegend mit Lähmungen an beiden Beinen, Klumpfuss auf der einen, Valgusstellung auf der anderen Seite, wurde operiert, weil der Tumor zu platzen drohte. Er bestand aus zwei ineinandergelegenen Säcken, der zweite mit Zerebrospinalflüssigkeit gefüllt, stark deformierte nervöse Elemente enthaltend. Resektion beider Taschen und der nervösen Elemente. Tod ohne meningitische Erscheinungen unter kachektischen und fieberhaften Symptomen. An der Wirbelsäule war eine deutliche Skoliose ausgeprägt, viele Wirbel waren defekt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Hamant et Pigache.** Étude critique sur la coccygodynie. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 1, p. 70.)

Die Ursache der wirklichen Coccygodynie ist immer traumatisch. Vf. berichten von zwei eigenen typischen Fällen. Die lebhaften

und anhaltenden Schmerzen sind Folge einer Luxation des Steissbeins nach äusserem (Stoss oder Fall aufs Steissbein) oder inneren Trauma (schwere Niederkunft). Die Behandlung muss chirurgisch sein: totale Resektion des Steissbeins, die Heilung ist dadurch gründlich und ohne irgend welche funktionelle Störung gewährleistet.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Battle.** Bullet wound of the spine. (The Lancet 1914. 3. I., p. 20.)

Bei einem Selbstmörder war die Revolverkugel in den Rückenmarkskanal in der Höhe des 7. Brustwirbels eingedrungen. Paralyse der Beine, Anästhesie und Verlust der Reflexe von der Gürtelregion abwärts. Laminektomie. Entfernen der Kugel. Keine Knochensplitter. Die Lähmung wurde nicht besser, wenn auch die Sensibilität wiederkehrte. Urinretention. Cystitis, Tod. Sektion wurde verweigert, sodass man nach der bleibenden Ursache der nervösen Störungen nicht fahnden konnte. Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Maget und Delapchier** (Paris). Skoliose und Appendicitis chronica. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913, Bd. XXIII, S. 250—258.)

Die Vv. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. In 37 % der Skoliosen ist chronische Appendicitis die Ursache. Daraus folgt, dass der Chirurg bei einer chronischen Appendicitis noch ein besonderes Augenmerk auf die Wirbelsäule richten soll und der Kinesitherapeut bei jeder Skoliose auf eventuelle Appendicitis achten soll.

2. Wenn eine Skoliose mit chronischer Appendicitis besteht, ist eine erfolgreiche Behandlung erst nach der Operation möglich. Sie muss aber dann besonders vorsichtig durchgeführt werden.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

28) **Feutelais.** Un cas de scoliose congénitale. (Rev. d'orthopéd. 24 e année, Nr. 4, p. 373.)

Eine starke angeborene (schon am zweiten Lebenstag beobachtete) Dorsolumbalskoliose bei einem 34 Monate alten Mädchen, die nicht reduziert werden kann und auf dem Röntgenbild eine totale Verschmelzung zwischen ersten Lumbal- bis achten Dorsalwirbel zeigt, wird vorläufig mit Gipsbett und allgemein roborierend behandelt, später wird man vielleicht die Abbottsche Methode an diesem Fall probieren. Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Denucé.** La soi-disant scoliose sciatique. (Rev. d'orthopéd. T. V., Nr. 6, p. 531.)

Die nach Charcot manchmal bei Ischias beobachtete Neigung des Rumpfes nach der der Ischias entgegengesetzten Seite und die fehlende Höherstellung der kranken Seite weisen darauf hin, dass



es sich nicht um eine Skoliose, sondern nur um eine fakultative abnorme Körperstellung zur Linderung der Schmerzen handelt. Verf. ist nach seinen neuesten Beobachtungen auch der Ansicht, dass es keine ischiadische Skoliose gibt; ist wirklich bei Ischias eine richtige Skoliose vorhanden, so kann man bei genauer Nachforschung als deren Ursache eine tuberkulöse oder syphilitische Spondylitis finden. Letzteres war in dem einen beobachteten Fall die Aetiologie, und sowohl Skoliose als Ischias verschwanden prompt auf antisyphilitische Behandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Schanz.** Ueber Skoliosenbehandlung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 3, p. 746.)

Verf. verwirft die symptomatologische Einteilung der Skoliosen zu Gunsten einer ätiologischen. Als echte Skoliosen bezeichnet er die im postfoetalen Leben durch eine Störung des Belastungsgleichgewichtes entstehende seitliche Verbiegung der Wirbelsäule mit Bildung von Haupt- und Gegenkrümmungen, Keil-, Schräg- und Zwischenwirbeln, und Torsion. Von den jugendlichen Skoliosen kommen hauptsächlich die rachitische und die konstitutionelle Form in Betracht. Bei der letzteren kennen wir die Ursache des Krankheitsprozesses, welcher die Tragfähigkeit des Wirbelknochens schädigt, noch nicht, können daher, solange die Pathologie diese Frage nicht gelöst, weder durch prophylaktische noch spezifische Behandlung das Leiden bekämpfen. Die Mehrzahl der jugendlichen Skoliosen sind benigner Natur und verschwinden zum grossen Teil wieder ohne Behandlung, während ca. 10 % maligne Formen sind, welche zu schweren und gefährlichen Verunstaltungen führen. Für die Therapie der Skoliosen muss unterschieden werden zwischen dem deformierenden Prozess und der durch diesen erzeugten Deformität. Im ersteren Falle handelt es sich um Wiederherstellung des Belastungsgleichgewichtes, wofür Behandlung bestehender Rachitis, Kräftigung der Wirbelsäule durch physikalische Heilmethoden und Heilgymnastik in Betracht kommen. Schwere Störungen des Belastungsgleichgewichtes, welche aus dem Symptomenkomplex der Insuffizientia vertebrae erkannt werden können, werden durch Gymnastikkuren verschlimmert. Zur Verminderung der Belastung der Wirbelsäule dienen Rückenlage und Stützapparate, welche durch die atrophierende Nebenwirkung auch Schaden stiften können. Zur Korrektur der erzeugten Deformität werden stationäre Redressionsapparate, Gipsbetten, portative Korrektionsapparate und Gipskorsetts verwendet, welche bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Anwendung



zu einer Besserung der Deformität, nie aber zur restlosen Beseitigung der Skoliose führen können. Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Bilhaut père.** Traitement des scolioses. Procédé d'Abbott. L'heure orthopédique. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 11, p. 321.)

V. verhält sich ablehnend gegen die enthusiastische Begeisterung über die Abbottsche Skoliosenbehandlung. Auch früher wurden mit den alten Methoden Skoliosen geheilt und dabei keine Todesfälle beobachtet (infolge der Abbottschen Behandlung sind zwei Individuen bekanntermassen gestorben). Auch die absolute Neuheit des Gedankens, Skoliosen in Flexion zu korrigieren, streitet V. Abbott ab (schon Hoffa u. V. zeigten eine spontane Ausgleichung der Deviation der Dornfortsätze in Flexionsstellung und konstruierten dementsprechende Rahmen zur Modellierung des Gipskorsetts). Der springende Punkt der erfolgreichen Behandlung liegt im möglichst frühzeitigen Erkennen der Skoliose und in sofortigem Beginn der korrigierenden Massnahmen. Spitzer-Manhold, Zürich,

32) **Grisel.** Le redressement des scolioses fixées par la méthode d'Abbott. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 4, p. 377.)

V. skizziert kurz die Abbottsche Methode, warnt vor allzugrossem Enthusiasmus, macht darauf aufmerksam, dass die Patienten bei der gewaltsamen Korrektion im Gipskorsett sehr starke Schmerzen auszuhalten haben, und dass 2 Todesfälle infolge dieser Behandlungsweise bekannt geworden sind. Die Zukunft und weitere unparteiische Beobachtungen müssen über die Brauchbarkeit der Methode entscheiden. Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **De Martel.** La technique opératoire en chirurgie nerveuse. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 129, p. 2045.)

Verf. gibt seine eigenen Erfahrungen aus der Nervenchirurgie (Hirn, Rückenmark, Nervenwurzeln) zum besten. Der Shock ist der ärgste Feind des Nervenoperateurs, weil man über seine Entstehung im Unklaren ist und ihn deshalb nicht sicher vermeiden kann. Einen Anhaltspunkt gibt das Sinken des arteriellen Blutdruckes, deshalb bringt Verf. bei jedem zu Operierenden das Paehousche Oscillometer an und sobald ein Sinken eintritt, wird die Operation unterbrochen, bis der Blutdruck sich wieder erholt hat. Sinkt er abermals bei fortgesetztem Operieren, so wird der Eingriff für diese Sitzung unterbrochen und der Kranke ins Bett gebracht. Eine ständige Berieselung des Operationsgebietes mit warmem Salzwasser wird ebenfalls bei den Operationen, die Verf. vornimmt, ausgeführt. Je früher ein Patient operiert wird, d. h.



in je besserem Gesundheitszustand, desto günstiger sind die Operationsaussichten. Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Grall.** Note of the treatment of sciatica. (The Lancet 1914, 10. I., p. 102.)

V. erzielte bei Ischias und anderen Neuritiden (z. B. am Arm), überall wo konstante Schmerzpunkte gefunden werden können, sehr gute Erfolge mit elektrischer Behandlung. Zuerst Belichten der Schmerzpunkte mit elektrischen Lampen von 500 Lichteinheiten, 20 Minuten lang und so nahe an die Haut, als Pat. es erträgt. Dann Behandlung der schmerzhaften Region mit Gleichstrom und Funken. Die durch die Belichtung hervorgebrachte Hyperämie und die Massage durch den konstanten Strom schaffen das plastische Exsudat aus dem Blut fort, das sich wahrscheinlich um den erkrankten Nerv herum bildet. Der konstante Strom vermehrt ausserdem den Hämoglobingehalt der roten Blutkörperchen und verstärkt im Urin die Ausscheidung fester Elemente. Die Kur wird bis zum Verschwinden der Schmerzen täglich gebraucht, später 2—3 Mal wöchentlich bis zur „Abgewöhnung". Bei seinen Fällen hat V. bis jetzt keine Rezidive des Uebels beobachtet.

Spitzer-Manhold, Zürich.

35) **Bruno.** Ein Beitrag zur Aetiologie der spinalen Kinderlähmung. (M. m. W., Nr. 36, 1913.)

Ein 3 jähriges Mädchen und dessen 2 jähriger Bruder erkrankten nach Angina follicularis an spinaler Kinderlähmung; als Infektionsquelle ergab sich eine Sendung von Enten, die einige Wochen vorher von Elsen bei Paderborn bezogen worden war. Von den Enten, die sich auf dem Spielplatz der Kinder tummelten, waren einige Wochen vor der Erkrankung der Kinder 4 Stück an Lähmungserscheinungen erkrankt, davon eine tödlich. Vater, Mutter und Schwester der Mutter erkrankten an fieberhaften Magendarmerscheinungen und Leibschmerzen, das Dienstmädchen litt an heftigen rheumatischen Nacken- und Rückenschmerzen. B. rät zu veterinärpolizeilichen Massnahmen bei Poliomyelitisepidemien. In der Umgebung von Heidelberg kamen noch folgende, offenbar durch Tiere übertragene Fälle vor:

1. Ein Kind mit Poliomyelitis aus einem völlig isolierten Haus; der Vater ist Viehwärter der Jungviehweide der Stadt Heidelberg.

2. In einer Landgemeinde ein ganz vereinzelter Fall von Kinderlähmung: Hier war vor 10 Tagen eine Ziege unter Lähmungserscheinungen eingegangen, auf der Jungviehweide war eine tödliche Lähmung bei einem Rind und Lähmung bei einem Huhn vorgekommen.

Klar, München.



36) **Wachenheim.** Atypical infantile paralysis. (New York med. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 25, p. 1213.)

Bei einer Epidemie von Kinderlähmung konnte V. unter 7 Fällen 6 atypische mit Lähmung des Schultergürtels beobachten. Die Erkrankungen waren durchschnittlich leichte und führten zu fast vollkommener Wiederherstellung. Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Bose.** Traitement de la paralysie spinale infantile. (La Pathol. infantile Xe année Nr. 5, p. 86.)

Das Kapitel ist einem grösseren Werk von Bose über Therapie der Kinderkrankheiten (erschienen bei Coulet in Montpellier) entnommen und enthält für den Praktiker kurz die in Betracht kommenden Massnahmen für jedes der Stadien der Kinderlähmung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Davis.** Treatment of poliomyelitis by operative measures. (The New York med. Journ. Vol. XCIX, No. 1 p. 4.)

V. teilt einen komplizierten Fall von Kinderlähmung als Beispiel mit für das Betroffensein der verschiedensten Körperteile. Ein jetzt 13 jähriger Junge machte mit 1 Jahre eine Kinderlähmung durch, die den unteren Rumpfteil und Extremitäten betraf. 7 Jahre lang trug er verschiedene Apparate und Schienen, die aber infolge des lebhaften und ungestümen Temperaments des Knaben immer reparaturbedürftig waren und wenig ihren Zweck erfüllten. Eine operative Therapie wurde deshalb eingeleitet. Am Femur machte man zur Korrektion des Bäckerbeins Osteotomien. Eine Arthrodese im Fussgelenk. Ueberpflanzung der Bicepssehne von der Fibula auf den oberen Patellarand. Das Resultat ist ein gutes.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **S. Kofmann** (Odessa). Muskelverlagerung als Methode der Beseitigung der paralytischen Deformität. Mit 5 Abbildungen. (Zeitschr. f. orth. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 107—111.)

Bei Valgus-Stellung des Fusses verlagert K. den Tibialis anticus an die Innenseite der Tibia nahe dem Malleolus medialis. Technik: Der Muskel wird freigelegt, seine Scheide eröffnet, der Muskel möglichst distalwärts mobilisiert. Nahe dem Malleolus medialis wird ein viereckiger Knochenperiostlappen, der lateralwärts haftet, losgehoben. Am Knochen wird nach Bedarf entweder eine tiefe Rinne oder nur eine Delle ausgemeisselt, je nachdem man den Muskel frei beweglich oder fest fixiert haben will. Der Muskel wird dann in die Höhlung verlagert, der Periostknochenlappen darüber geklappt und mit einigen Nähten fixiert.

Dieselbe Technik wendet er bei Verlagerung einer oder beider Peronei an.



Den Sartorius verlagert er gern über den Rectus femoris. Ebenso den Tractus ileotibialis, von dem er einen 1—2 cm breiten Riemen umschneidet, nach vorn bis zur Tuberositas tibae umbeugt, möglichst stumpf eleviert, nach vorn innen mobilisiert und über der Mitte der Patella in einem aus dem Präpatellarbeutel bezw. dem Periost der Patella gebildeten Fach fixiert.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

40) **H. A. Laan** (Utrecht). Wanneer heeft men by de Kinderverlamming een arthrodese noodig. (Nederlandsch Tydschrift voor geneeskunde Nr. 16, 1913. Teil II.)

Wie schon Lorenz gewarnt hat, nicht zu früh und nicht zu viel Arthrodesen zu machen, rät auch Verfasser die Arthrodese nur vereinzelt anzuwenden. Er weist darauf hin, wie lästig steife Gelenke sind, und beweist an einigen früher ausgeführten Fällen von Arthrodese, dass die Operation hier eigentlich besser unterblieben wäre. Ausserdem leben wir nach seiner Ansicht in einer Zeit, in der man steife Gelenke womöglich mobilisiert.

Die Difformitäten der paralytischen Kinder will Verfasser indessen systematisch beseitigt sehen; damit kommt man nach seiner Ansicht am weitesten, wenn nur auch Rezidive vermieden werden. Hüftgelenksarthrodese (einseitig) kann vielleicht nötig sein, Verfasser aber hat sie nie gebraucht. Auch Kniegelenkarthrodese, wenn auch einseitig, wird selten nötig sein. Am Fussgelenk scheint diese Operation mehr Nutzen bringen zu können; aber während andere Autoren absolute Versteifung verlangen, wünscht sich Verfasser als Resultat keine absolute Versteifung. Wenn man auch von Sehnentransplantationen nicht zu viel erwarten soll, so wird diese Operation doch öfters grosse Vorteile erzielen lassen, ebenso auch die Sehnenverkürzung nach Hoffa, Sehnenfixation (Tenodese) nach Tilanus, Reiner und anderen, Bänderkräftigung mittels Seidenfaden nach Lange usw.

Bei kleinen Kindern wird man jedenfalls nie Arthrodesen machen, auch nicht partiell.

Ferner weist Verfasser darauf hin, dass Lähmungen an den Metatarsophalangeal-Gelenken öfters sehr lästig fallen; therapeutisch rät er dabei den dorsalen Teil der Gelenkkapsel oder die Strecksehne zu verkürzen.

Bei Schultergelenksparalysen sind gewöhnlich Arthrodesen, dann aber sehr feste, die beste Behandlungsmethode, aber auch nur bei älteren Individuen. Alle anderen Methoden haben, wie Verfasser meint, hier fehlgeschlagen.

Am Schluss warnt Verfasser auch vor der Schönenbergschen Arthrodese des Fusses. C. B. Tilanus, Amsterdam.



41) **Biesalski.** Die spastische Lähmung im Kindesalter und ihre Behandlung. (Deutsche. med. Woch., Nr. 15, 1913.)

Die Zeiten, in denen Freud die Therapie der spastischen Lähmung als „ein armseliges und trostloses" Kapitel bezeichnete, sind im Schwinden begriffen. Die Behandlung der spastischen Lähmungen steht und fällt aber mit der Uebungsbehandlung; alle Massnahmen und Operationen schaffen nichts als günstige Voraussetzungen für die Behandlung. Die Beseitigung der Kontrakturen ist die älteste und aussichtsreichste Behandlung und stellt zugleich eine sehr wesentliche Beeinflussung des Nervensystems dar, da durch Wiederherstellung normaler Gleichgewichtsverhältnisse um ein Gelenk herum und Beseitigung von Sehnen- und Faszienschrumpfungen eine Menge peripherer Reize beseitigt werden, die sonst hypertonisierend wirken würden. Die einfachste Form der Beseitigung einer Kontraktur ist das Redressement mit nachfolgender Eingipsung in Ueberkorrektur. Ein Ersatz für den abnehmbaren Gipsverband ist das sogenannte Spreizbrett, auf dem man die Glieder in beliebiger Lage festschnallen kann; genügt das unblutige Redressement nicht, dann werden Sehnen- und Muskeldurchschneidungen notwendig; eventuell unblutige Myorrhexis. Längeres Feststellen der redressierten Glieder verwirft B. deshalb, weil durch den Gipsverband Gelenkversteifungen entstehen können, die wiederum einen peripheren Reiz ausüben. Sehnentransplantationen bieten keine Aussicht auf guten Erfolg bei der spastischen Lähmung, an der Hand rafft man allenfalls einmal die Extensoren und verlängert die Flexoren, und am Fuss macht man zuweilen eine Tenodese. Mit Schienenhülsenapparaten kann man auch manchen Spastiker auf die Beine bringen. Von Operationen am Nervensystem kommen in Betracht: Exstirpation des zentalen Herdes in der Hirnrinde, Förstersche Operation (Radikotomie), die Nervenexzision nach Stoffel und Nerventransplantation nach Spitzy; ein Eingriff am Gehirn ist nur dann indiziert, wenn echte Jacksonsche Rindenepilepsie besteht, dann kann man durch Exstirpation einer Zyste oder einer Rindennarbe sehr guten Erfolg erreichen. Die Förstersche Operation unterbricht den Reflexbogen an den Hinterwurzeln innerhalb des Duralsacks und stellt einen sehr schweren Eingriff dar, der vielen Komplikationen während und nach der Operation ausgesetzt ist; immerhin ist sie angezeigt bei schweren Fällen, aber nicht bei Tetraplegien und nicht bei allgemeiner Athetose; nach der Försterschen Operation sind noch Tenotomien notwendig, um den bindegewebigen Teil der Kontrakturen auch noch zu beseitigen. B. hat 8 Fälle nach



Förster operiert, mit einem Exitus; wichtig ist besonders auch nach der Radikotomie die jahrelange Nachbehandlung. Die Stoffelsche Operation greift den peripheren Nerven an und durchtrennt bis zu zwei Dritteln den den Spasmus übertragenden motorischen Nerv; sie hat sofort nach der Operation verblüffende Erfolge, die Technik bedarf noch der Vervollkommnung durch die Erfahrung; B. hat bisher 18 Fälle behandelt. Dauererfolg ist auch nach der Stoffelschen Operation erst von langdauernder Uebungstherapie zu erwarten. B. glaubt, dass das Hauptgebiet für diese Operation der Arm sein wird. Die Spitzysche Nervenüberpflanzung ist durch die Stoffelschen Prinzipien zu neuen Ehren gekommen; für den Fuss kann man Anastomosen zwischen nn. peroneus und tibialis herstellen, am Arm Medianusplastiken. In der Nachbehandlungsperiode soll man dem spastischen oder spastisch gewesenen Muskel niemals Ruhe lassen, 6 Stunden mindestens soll täglich nachbehandelt werden mit Medikomechanik, Bewegungen im heissen Bad, im Heissluftkasten, Kneten von weichem Ton und zwangweiser Beschäftigung mit irgend einem Handwerk. Klar, München.

42) **Redard.** Du traitement chirurgical et orthopédique du mal de Little. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI. Nr. 11, p. 327.)

Im Gegensatz zu andern Autoren, die von den Muskel- und Sehnenoperationen bei Littlescher Krankheit nicht viel halten, verteidigt sie Redard sehr, nicht nur dass sie die fehlerhaften Stellungen und Deformitäten korrigieren, sondern sie verringern und beseitigen auch die spastischen Zustände und wirken reizherabsetzend auf das Rückenmark. Als Ausnahmsoperationen bei sehr schweren Fällen werden die Förstersche und die Stoffelsche erwähnt. Je früher die muskulo-tendinösen Eingriffe vorgenommen werden (zwischen dem dritten bis fünften Lebensjahr), desto besser für die Aussichten, ein relativ normales Verhalten der Extremitäten zu erreichen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Muirhead Little.** Remarks on the treatment of spastic paraplegia (Littles disease). (Brit. med. Journ. 1. XI. 13, p. 1132.)

Die Behandlung muss bestrebt sein, die Deformität zu korrigieren und den Spasmus zu verringern oder zu heben. Je jünger das Kind ist (angefangen vom 3. Lebensjahr), desto besser sind nach den Erfahrungen des Autors die operativen Resultate. Die Operationen an Nerven- und Nervenwurzeln, Alkoholinjektionen in die Nervenscheiden sind alle sehr schwierig und nur von speziell darin



geübten Chirurgen mit Erfolg auszuführen. Im allgemeinen können die Fälle nur gebessert, nicht ganz geheilt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **Courtney and Eaton.** A case of myatonia congenita (Oppenheim). (The Boston med. and surg. Journal. Vol. CLXX, No. 4, p. 117.)

Vf. teilen einen eigenen Fall von Myatonia congenita mit. Als Therapie kommen Tonica, Lebertran, Calcium lactis, kräftige Ernährung, Massage, Elektrizität, freie Luft, einfache koordinierte Uebungen in Frage. Jedes Halten der atonischen Muskeln durch Apparate ist zu vermeiden. Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Morley.** Traumatic intramuscular ossification. (Brit. med. Journ. 6. XI. 13, p. 1475.)

Die traumatische intramuskuläre Ossifikation beruht auf Auswanderung von Osteoblasten nach Zerstörung des Periosts in die benachbarten gequetschten Muskeln. Bei Verdacht auf Sarkom kann nur eine offene Operation die Differentialdiagnose entscheiden.

Eine einfache Exzision der verhärteten Stelle ist meist von Rezidiv gefolgt, am besten pflanzt man tiefe Faszie direkt auf die entblösste Knochenfläche, besonders anzuraten bei allen Fällen, welche nicht durch ossifizierende Periarthritis kompliziert werden. Eine konservative Behandlung ist weniger anzuraten, da sie zu lange dauernde Unbequemlichkeiten für den Patienten im Gefolge hat. Beschreibung eines eigenen Falles. Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Giertz.** Ueber freie Transplantation der fascia lata als Ersatz für Sehnen und Bänder. (Dtsch. Ztschrft. f. Chirurg. Bd. 125, H. 5—6, p. 480.)

V. berichtet über drei eigene Operationen: Ersatz von Sehnen (zweimal an der Hand, einmal am Knie) durch Stücke aus der fascia lata (einmal sogar ein 15 cm langes Stück), die sich sowohl beim Einheilen als später bei der guten Funktion der Glieder als sehr brauchbar erwiesen hat. Kirschner schlug 1909 als erster nach tierexperimentellen Untersuchungen diese Verwendung der fascia lata vor. Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Lichtenstein.** Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach bei der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 923.)

Verf. berichtet über die in der Hallenser Klinik mit Tuberkulin Rosenbach ausgeführten Heilungsversuche bei Knochen- und Gelenkstuberkulose. Bei Tuberkulosen im Frühstadium wurde eine Auflockerung des Gewebes und eine Verflüssigung und Resorption der Erkrankungsherde beobachtet, unter auffallendem Nachlassen der



Schmerzen. Sind bereits kleinere nekrotische Herde vorhanden, so bildet sich meist um das nekrotische Gewebsstück ein kalter Abszess, der von selbst aufbricht oder eröffnet wird. Nach Auskratzung des erkrankten Gewebes verheilen unter weiteren Tuberkulininjektionen die entstandenen Fisteln fast ausnahmslos. Bei Fällen mit ausgedehnter Knochen- und Gewebsnekrose muss nach Ansicht des Verf. erst eine Entfernung aller Nekrosen und tuberkulösen Granulationen erstrebt, und dann die Tuberkulinkur angewandt werden. — Neben der lokalen Besserung trat nach kurzer Temperaturerhöhung auch eine Hebung des Allgemeinbefindens ein. Verf. hält das Tuberkulin Rosenbach, kombiniert mit anderen bewährten Methoden wie z. B. Heissluftbehandlung, für ein wertvolles Heilmittel zur Bekämpfung chirurgischer Tuberkulosen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Elsässer.** Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach. (D. m. W., No. 25, 1913.)

Bei einem seit 6 Jahren bestehenden Fall von Kniegelenktuberkulose, bei einer jungen Frau, behandelte E., da Amputation, mindestens aber ausgedehnte Resektion in Frage kam, mit Injektionen von Tuberkulin Rosenbach in das Gelenk, ausserdem verwendete er Biersche Stauung und innerlich Jodkali. Die reaktive Schwellung des Beins nach den Injektionen war jedesmal sehr stark. Das Kniegelenk, das vorher ankylotisch gewesen war, heilte vollkommen beweglich aus, die tuberkulösen Herde waren auf dem Durchleuchtungsbild nicht mehr zu sehen. Bei einem Fall von tuberkulöser Rippenkaries mit Fisteln brachten Injektionen mit dem Mittel in den Krankheitsherd vollständige Heilung, ebenso bei Hauttuberkulose und bei Lungenphthise.

Klar, München.

49) **Vulpius.** Erfahrungen mit Mesbé bei chirurgischer Tuberkulose. (Zentralbl. f. Chir., No. 5, 1914.)

V. behandelte in Rappenau und in Heidelberg ein Dutzend Pat. ein halbes Jahr hindurch mit Mesbé, dem von einigen Autoren empfohlenen amerikanischen Pflanzenextrakt, und zwar Erwachsene mit offenen und geschlossenen Tuberkulosen, mit frischen und alten Fisteln, bei einem Fall mit erheblichem Lungenbefund. Es wurde keinerlei Beobachtung gemacht, die zu gunsten des Mesbé spräche einige Pat. bekamen Magen- und Darmstörungen, alle waren froh, als die Versuche mit dem Mittel eingestellt wurden, das keinesfalls das „Spezifikum" ist, als das es angepriesen wird.

Klar, München.

50) **Chlumsky** (Krakau). Ueber Mesbébehandlung bei chirurgischer Tuberkulose und bei infizierten Wunden. (Zentralbl. f. Chir., No. 9, 1914)



Ch. verteidigt das Mesbé gegen die vernichtende Kritik Vulpius, und teilt mit, dass das Mittel zwar kein Spezifikum gegen Tuberkulose sei, aber doch so gut, dass er es nicht gerne mehr gerade bei der chirurgischen Tuberkulose missen möchte. Er verwendete Mesbé als 20%ige Salbe mit Vaselin und als Injektionsflüssigkeit 20 Mesbé auf 100 Glyzerin bei fast 1000 Fällen. Infizierte Wunden und Fisteln reinigten sich schnell und heilten bald, rascher als mit den bisherigen Mitteln, auch nicht tuberkulöse Wunden schlossen sich schneller. Die besten Erfolge hatte er mit den Injektionen des 20%igen Mesbé-Glyzerin in geschlossene kalte Abszesse, in die nach Entleerung des Eiters grosse Dosen gespritzt wurden; die Abszesse wurden fast durchwegs geringer und verschwanden manchmal ausserordentlich rasch. Ch. meint, dass das Mesbé in der Behandlung der kalten Abszesse der Jodoformtherapie vorzuziehen sei, und erklärt es für eine gute Bereicherung unserer Mittel im Kampf gegen die chirurgische Tuberkulose.

Klar, München.

51) **Brandes und Mau.** Tuberkelbazillen im strömenden Blute bei chirurgischen Tuberkulosen. (D. m. W., No. 24, 1913.)

Verff. untersuchten das Blut von 40 Fällen chirurgischer Tuberkulose und fanden bei 18, also 45 %, Tuberkelbazillen. Eine praktische Bedeutung bezüglich Diagnose und Prognose kann aber diesen Befunden nicht zuerkannt werden, da auch klinisch vollkommen ausgeheilte Fälle positiven Befund ergaben, und von den absolut sicheren Fällen nur in 45% der Blutbefund positiv war; ausserdem wurden von anderen Autoren bei klinisch nicht tuberkulös erkrankten Personen säurefeste Stäbchen im Blut gefunden. Die häufigen Bazillenbefunde im Blut entsprechen unserer heutigen Auffassung der Tuberkulose als Allgemeinerkrankung. Es ist anzustreben, dass bald für die Allgemeinheit eine langjährige und rationelle Allgemeinbehandlung aller Formen der Tuberkulolose, insbesondere auch Heilstättenbehandlung der chirurgischen Formen, wie in Rappenau, Hohenlychen und Cuxhaven, möglich gemacht wird.

Klar, München.

52) **Ombrédanne.** Malformations congénitales par brides amniotiques. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 277.)

Bei einem neugeborenen Kinde konnten Missbildungen (Abschnürungen und Frakturen) an der linken Hand und dem rechten Unterschenkel so deutlich von einem Strang herrührend (experimentell durch ein angelegtes Band nachgeahmt) beobachtet werden, dass kein Zweifel daran bestehen kann, dass sie von amniotischen Strängen



herstammen. Man kann sich auch deutlich den Verlauf dieser Stränge innerhalb der Eihüllen vorstellen, wenn man sich die Lage des Fötus in utero und die stattgefundenen Hemmungsbildungen an linker Hand und rechtem Unterschenkel vorstellt. Das Kind starb übrigens an einer Pneumonie. Photographie und Radiogramm ergänzen die Skizze. Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Rendu et Verrier.** Absence partielle du sacrum, pieds bots congénitaux varus équin et talus valgus, malformation de l'anus, troubles paralytiques, luxation bilatérale des hanches et microcéphalie. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 4, p. 311.)

Ein $1^1/_2$ jähriger Knabe wird wegen beidseitiger Klumpfüsse behandelt, er hat ausserdem noch einen partiellen Defekt des Kreuzbeins, Missbildungen am After und den Geschlechtsteilen, Lähmungserscheinungen an den Unterschenkeln, doppelseitige Hüftluxationen und Mikrocephalus. In Anbetracht dessen, dass das Kind von kräftiger Konstitution zu sein und eine lange Lebensdauer zu haben scheint. soll nach Korrektion der Füsse auch eine solche der Hüften vorgenommen werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Julius Hass** (Wien). Röntgenbehandluug der Gelenktuberkulose. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXIII, S. 259—263.)

H. hat zusammen mit Werndorff 22 Gelenktuberkulosen am Lorenz'schen Ambulatorium behandelt. Es handelt sich um 5 Hüft-, 9 Knie-, 4 Ellenbogen- und 4 Sprunggelenkstuberkulosen. Auf die synovialen Formen wirkten die Röntgenstrahlen günstig ein (wesentliche Besserung in 8 Fällen). Die ossären Formen lieferten durchweg Versager, die eitrig-fistulären Formen zeigten wesentliche Besserung d. h. gute Tendenz der Heilung.

Die Gelenke wurden in einer Woche 4 mal bestrahlt, jedesmal von einer andern Seite. Vor der Bestrahlung exakte anämisierende Kompression mit der Bierschen Stauungsbinde. Filtration mittels 2 mm Aluminiumblech. Beleuchtung in 25 cm Fokushautdistanz bei 1 MA Stromstärke. Bestrahlung bis zur Volldosis (Messung mit dem Radiometer von Holzknecht. Dosis in der Regel 8—10 H. Das entspricht einer Bestrahlungsdauer von ca. 30 Min.). Die nämliche Stelle wurde nicht vor 4 Wochen wiederbestrahlt.

Röntgenschäden wurden nicht beobachtet.

H. kombiniert die Röntgenbehandlung mit orthopädischen Massnahmen (abnehmbare Gypsverbände.)

Natzler, Mülheim-Ruhr.

55) **Nathan Rau.** Tuberculous rheumatism. (The Lancet 1914. 3. I., p. 19.)

V. beobachtete bei einem jugendlichen Individuum tuberkulösen Rheumatismus in Handgelenk und Fingern von primären Halsdrüsen ausgehend, wahrscheinlich infolge Infektion mit Rindertuberkulose von reichlichem Milchtrinken her. Der menschliche Tuberkelbazillus lokalisiert sich mehr in den Lungen, im Larynx und im Eingeweide.

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Redard.** La radiographie des os et des articulations. Sa valeur en chirurgie orthopédique. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 9 u. 10, p. 280 et 302.)

Kein orthopädisches Leiden ist erschöpfend untersucht ohne die Radiographie, der die Orthopädie ihren Aufschwung in den letzten Jahrzehnten zu verdanken hat. Die weitere Vervollkommnung der Radiographie ist hauptsächlich auf dem Gebiet der stereoskopischen zu erwarten und zu begrüssen, die der gewöhnlichen, planen, bei weitem überlegen ist und in die Deutung der Krankheitsbilder noch mehr Klarheit und neue Auffassungsmöglichkeiten zu bringen imstande ist. Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **Redard.** La radiographie des os et des articulations. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 9, p. 259.)

Die Studie enthält Technisches über das Röntgen, macht auf die Fehlerquellen aufmerksam, die sich beim Deuten der Bilder einschleichen können und enthält eine Aufzählung aller erworbenen und kongenitalen Knochenanomalien, die erst durch das Radiogramm ein vollständig klares klinisches Bild ergeben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Cokenower.** Joint disease due to infection from other parts of the body, especially the tonsils and teeth (Journal of the Amer. med. association Vol. LXI, p. 1450.)

Der Misserfolg bei Behandlung chronischer Gelenkleiden liegt meist an der falschen Diagnose. Alle Gelenkleiden nicht traumatischen oder tuberkulösen Ursprungs stammen von Infektionen von anderen Körperteilen her, sehr häufig von den Tonsillen und schadhaften Zähnen, sodass keine Diagnose einer Arthritis vollständig ist ohne vorhergegangene gründliche Untersuchung der Mundrachenregion. Spitzer-Manhold, Zürich.

59) **Magnus.** Experimentelle Untersuchungen über eitrige Gelenkentzündungen mit einem Beitrage zur Frage der funktionellen Anpassung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 2, p. 469.)

Im Anschluss an 2 operierte Fälle von Osteomyelitis des



Radius, bezw. der Tibia, hat Verf. die abgeschwächten Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus jungen Kaninchen in das Kniegelenk eingespritzt, und schildert an Hand von 20 Versuchsprotokollen das klinische Bild, den histologischen Befund und die statischen Veränderungen der infizierten Gelenke. Therapeutische Versuche mit Jodtinkturinjektionen fielen negativ aus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **G. Axhausen** (Berlin). Ueber das Wesen der Arthritis deformans. (Zeitschr. f. orth. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 223—224.)

A. beweist an einem Präparat, dass Knorpelnekrosen Fernwirkungen hervorrufen können. Das Kniegelenk eines Hundes, bei dem vor einem Jahre vier Knorpelnekrosen von Linsen- bis Kleinbohnengrösse elektrolytisch erzeugt worden waren, bietet das klassische Bild der Arthritis deformans. Durch Eröffnung des Kniegelenks allein kann sie nicht hervorgerufen worden sein, wie A. an Kontrollversuchen beweist. Natzler, Mülheim-Ruhr.

61) **Heinrich Röder** (Elberfeld). Über Gelenkversteifungen durch Lymphkreislaufstörung und deren Behandlung. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXIII, S. 103—106.)

R. hat durch Mandelaufsaugung der Rachen- und Gaumenmandeln, sowie durch Massage und Ausdrücken derselben bei rheumatischen Gelenkversteifungen ausgezeichnete Erfolge erzielt. Eine Grenze für sein therapeutisches Handeln sieht er nur in knöchernen Versteifungen. R. stellt die Hypothese auf, dass der Lymphkreislauf nicht nur durch den Ductus thoracicus im Blutkreislauf endet, sondern auch durch den lymphatischen Rachenring, speziell die Gaumenmandeln, seinen Austritt in den Verdauungstraktus findet.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

62) **Charbonnel.** Le traitement moderne des ankyloses des membres. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 4, p. 107.)

Bei den für die operative Behandlung allein in Frage kommenden fibrösen und ostalen Ankylosen in falscher Stellung gilt es, bei der oberen Extremität als Resultat die grösstmögliche Beweglichkeit, bei der unteren die grösstmögliche Festigkeit zu erlangen. Deshalb oben: Resektion und frühe Mobilisierung, unten: Resektion und langdauernde Immobilisierung. Die Erlangung der Beweglichkeit wird durch Interposition verschiedener Gewebe (gestielten Muskellappen, seröser Häute, Aponeurosen, Fettgewebes) oder durch Transplantation ganzer Gelenke (letztere Methode nur in den Händen besonders Geübter bessere Resultate liefernd, als die einfachere erste) erreicht. Spitzer-Manhold, Zürich.



63) **Mutel.** Considérations sur la pathogénie des kystes essentiels des os et des cals soufflés. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 423, Nr. 6, p. 545.)

Sowohl die essentiellen Knochenzysten als die sogenannten osteomalazischen Callusbildungen sind benigne Affektionen, haben gleichen ätiologischen und pathologischen Ursprung, kommen im jugendlichen Alter vor und können leicht mit malignen Neubildungen verwechselt werden. Deshalb Vorsicht vor eingreifenden Operationen! Diese beiden Affektionen heilen unter einfacher Immobilisierung vollkommen aus. Beide enthalten kein neoplastisches Gewebe, das ihren Ursprung erklären könnte und sind deshalb noch in Dunkel gehüllte pathologische Bildungen. Die Ätiologie ist bei beiden Trauma. Es werden 84 Fälle aus der Literatur von Knochenzysten und 8 des selteneren osteomalazischen Callus angeführt. Eine Plombierung der Höhlen wirkt schädlich, die ruhigstellende Therapie genügt vollkommen. Spitzer-Manhold, Zürich.

64) **Bischoff.** Ueber eine seltenere Art von Knochenzysten. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1913, H. 24, S. 927—931.)

Bei einem Musketier fand sich eine Schwellung des Grosszehenballens und der Mittelfussgegend. Die Beweglichkeit der Zehe wenig behindert. Keine Druckempfindlichkeit. Unempfindlicher Drüsenstrang in der Gegend der Oberschenkeldrüsen. Wassermann negativ. Im Röntgenbild: Zerstörung der Knorpelfläche des I. Metatarso-Phalangealgelenks. Gelenkspalt erhalten. Auffaserung des Knochens unter Zerstörung der Konturen an beiden, das Gelenk begrenzenden Knochen. In den betroffenen Knochenteilen zahlreiche hirsekern- bis apfelsinenkerngrosse, meist scharf umschriebene Höhlen, mit dichterer Randzone als das umgebende Gewebe. Therapie: Exstirpation der Schenkeldrüsen und einer darüber verlaufenden Vene wegen Verdacht auf Sarkom, Mikroskopische Untersuchung negativ. Darauf Probeexzision. Eröffnung des Gelenks und Ausmeisselung von drei schleimhaltigen Knochenzysten. Heilung nach kurzem, zweitägigem Fieber glatt p. p. Mikroskopische Untersuchung ergibt wieder keinen Anhaltspunkt für Sarkom. Nach Ausschluss von Zysten bei Chondromen, Callustumoren und Myositis ossificans entscheidet sich B. für „Knochenzysten als Endprodukt einer infektiösen Osteomyelitis."

Verf. erwähnt dann noch die Preiserschen Knochenzysten, die Zysten bei Möller-Barlowscher Krankheit, bei Ostitis fibrosa (Recklinghausen), bei Osteodystrophia cystica (Mikulicz) und die Knochenzysten bei Echinokokken und Cysticercen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.



65) **Bischoff.** Ueber eine seltenere Art von Knochencysten. (Dtsch. milit.-ärztl. Ztschrft. Jg. 42, H. 24, p. 927.)

Ein sonst gesunder Musketier zeigte eine nicht druckempfindliche Schwellung der rechten Grosszehe und der Mittelfussgegend. Das Röntgenbild ergab Zerstörung der Knorpelfläche des Metatarsophalangealgelenks I, Auffaserung des Knochens und zahlreiche hirsekorn- bis apfelsinenkerngrosse, scharf kontourierte Höhlen in der Grundphalanx, dem Metatarsus und dem lateralen Sesambein. Es wurde eine Probeexzision aus dem Metatarsus vorgenommen und 3 Schleim enthaltende Knochenzysten ausgemeisselt. Der mikroskopische Befund ergab: Wände der Zysten aus spongiösem Knochen mit Fasermark; Knochenbälkchen mit Ausbuchtungen, darin mehrkernige Riesenzellen. Diagnose: Akute eitrige Entzündung des ersten Metatarso-phalangealgelenks mit sekundärer Osteomyelitis und Zystenbildung der benachbarten Knochen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **Delcourt.** La contagiosité du rachitisme chez les animaux. (La Pathol. infantile Xe année Nr. 5, p. 81.)

Bei Tieren (Pferden, Schweinen) wurde in vielen Gegenden die Kontagiosität von Osteomalacie und Rachitis beobachtet. Liess man erwachsene-osteomalacische Tiere mit jungen Tieren in einem Gelass existieren, so wurden die bis dahin gesunden jungen Tiere rachitisch; junge rachitische Tiere mit gesunden Altersgenossen aufgezogen, übertrugen ihre Krankheit auch auf die gesunden. Der Ansteckungskeim ist noch unbekannt. Spitzer-Manhold, Zürich.

67) **Cotte et Blanc-Perducet.** Les ostéo-arthropathies tabétiques. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 243.)

Neuerdings werden die bei Tabes beobachteten osteoartikulären Veränderungen der direkten Einwirkung des syphilitischen Giftes auf Knochen und Gelenke zugeschrieben (nicht via Nerven oder Gefässe). Vv. teilen einen Fall mit, der klinisch die Symptome einer Tabes bot; der amputierte kranke Unterschenkel, mikroskopisch untersucht, bestätigte nicht den Verdacht einer Bazillose. Eine luetische Infektion wurde vom Kranken aufs entschiedenste negiert. Als Schüler Poncets nehmen Vv. die Möglichkeit einer entzündlichen Tuberkulose, sowohl als Ursache der lokalen Knochen-Gelenks- als der medullären Erscheinungen an.

Spitzer-Manhold, Zürich.

68) **Klose.** Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Bd. XII, Nr. 7, p. 347.)

V. bereichert die Kasuistik der Osteopsathyrosis idiopathica um 4 eigene Beobachtungen, Photographien und Radiogrammreproduk-



tionen ergänzen die Arbeit. Auf Grund dieser einzelnen Fälle ist es nicht möglich, über das Wesen der sich im Knochen abspielenden Veränderungen ein klares Bild zu gewinnen, in drei der Fälle decken sich Röntgen- und histologischer Befund, im vierten hingegen nicht, obgleich klinisch das Bild vollkommen das der drei ersten Erkrankungen ist. Weiteren Forschungen bleibt es vorbehalten, die Knochenveränderungen präzis zu definieren und streng von rachitischen Vorgängen abzugrenzen. Spitzer-Manhold, Zürich.

69) **Rost.** Experimentelle und klinische Untersuchungen über chronische, granulierende Entzündungen des Knochenmarks. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 125, H. 1—2., p. 83.)

Bei Erwachsenen kommen chronische Entzündungen an Knochen und Gelenken vor, welche Tuberkulosen und Tumoren ähnlich sehen, aber chronische Staphylomykosen sind. Verf. führt klinische Beispiele an, bei deren Erkennung die Antistaphylolysinreaktion wertvolle Dienste leistete, sowie eine Reihe experimenteller Versuche, beim Kaninchen durch traumatische, mechanische, chemische und bakterielle Reize eine granulierende Entzündung des Knochenmarks herbeizuführen und damit zu prüfen, welche Stoffe hauptsächlich zur Bindegewebsbildung anregen. Spitzer-Manhold, Zürich.

70) **Estor et Étienne.** La greffe graisseuse dans l'oblitération des cavités ostéomyélitiques. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 193.)

Die Fettransplantation in osteomyelitischen Knochenhöhlen ist noch neueren Datums (von Chaput 1904 zum ersten Mal ausgeführt), es sind 22 Beobachtungen darüber bekannt, Vv. fügen ihnen drei eigene hinzu (ein subakuter, ein chronischer Fall, trotz öliger Schmelzung und später Eiterung als gelungen zu betrachten, ein akuter — Misserfolg). Am besten sind chronische Osteomyelitiden mit nicht zu grossen Höhlen für diese Therapie geeignet. Das Autotransplantat erhält natürlich den Vorzug, es muss mindestens um $^1/_3$ oder $^1/_2$ grösser genommen werden, als die Höhle ist. Absolute Asepsis. Doppelter Satz von Instrumenten (für Trepanation und für Entnahme des Transplantats). Vv. drainieren die Entnahmestelle des Fettstückes während 48 Stunden, um Bildung eines Hämatoms zu vermeiden und desinfizieren die ausgeräumte und ausgekratzte Höhle vor dem Füllen mit Fettgewebe, mit Jodtinktur und Formollösung. Die Anzahl der bekannten Fälle ist noch zu gering, um ein Urteil über die Methode zu ermöglichen. Ölige Absonderung aus der gefüllten Knochenhöhle und leichte Späteiterung



wurde öfters beobachtet, ohne dass das Heilungsresultat dadurch zum Schlechten beeinflusst worden wäre.

Spitzer-Manhold, Zürich.

71) **Bonnamour et Badolle.** L'ostéomalacie sénile. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 145, p. 2301.)

Die senile Osteomalacie ist ein Syndrom, kein einheitliches Krankheitsbild, das jenseits des 60. Lebensjahres in feuchten, niedrig gelegenen Gegenden epidemisch auftretend beobachtet wird. Körperliche Veränderungen: Decalcifikation der Knochen, im Blut erhöhter Kalkgehalt. Symptome: Schmerzen hauptsächlich in der Wirbelsäule, in den Rippen, im Brustbein, später im Becken, an den unteren Extremitäten. Allmählich Skelettdeformation durch Verbiegung der Knochen. Die Aetiologie ist noch unklar: humorale, trophoneurotische, infektiöse, glanduläre Hypothese. Therapie: symptomatisch gegen die Schmerzen, ferner Ruhe, mineralsalzhaltige Nahrung, Darreichung thyreoidaler oder noch besser nebennierenhaltiger Präparate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

72) **Broca, Français et Bize.** Dysplasie périostale et fractures intrautérines multiples. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 4, p. 289.)

Vv. beobachteten einen der seltenen Fälle von periostaler Dysplasie bei einem 13 Tage alten Mädchen, die intrauterin ihren Anfang nimmt, zahlreiche Frakturen zeitigt und das Bild der späteren kindlichen Rachitis bietet. Aetiologie: wahrscheinlich Störungen in den blutbildenden Organen. Der Schädel war asymmetrisch, eindrückbar, am Thorax ein deutlicher Rosenkranz vorhanden, Arme und Beine zeigten zahlreiche Frakturen. Das Kind starb in der achten Lebenswoche an Kachexie. Das histologische Bild zeigte an den Diaphysen verstreute Knorpelinseln, an den Epiphysen deutliche und vorgeschrittene rachitische Veränderungen. Die Knorpelzone war ausserordentlich gefässreich, die blutbildenden Organe ohne Besonderheiten. Syphilis kam als Aetiologie nicht in Frage.

Spitzer-Manhold, Zürich.

73) **Bles.** Die Köhlersche Knochenerkrankung. (M. m. W., Nr. 35, 1913.)

Bei einem 5jährigen Mädchen, das mit auffallend krummen Beinen geboren worden war, fand sich im Durchleuchtungsbild des linken Fusses das os naviculare auffallend dicht und schwarz. Klinisch bestand seit einigen Monaten auf dem linken Fussrücken Anschwellung und Fluktuation ohne Rötung, Ursache unbekannt. Da die Verkrümmung der Beine, die Verf. nicht näher



beschreibt, angeboren war, glaubt er, dass die Köhlersche Erkrankung auf eine Entwicklungstörung zurückzuführen sei.

Klar, München.

74) **Christen.** Zur Mechanik der Nagelextension. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 2, p. 509.)

Verf. verteidigt den neuen Steinmannschen Apparat für Nagelextension gegen die Kritik von Magnus und Kulenkampff, indem er nachweist, das durch die Belastung eines scherenförmigen Instrumentes eine dreifache Krümmung des Nagels herbeigeführt wird, und zwar eine mittlere, nach oben konvexe, und zwei seitliche, nach unten konvexe, welche als Aufbiegung bezeichnet werden können.

Spitzer-Manhold, Zürich.

75) **Wagner.** Schädigung des Knochens durch Nagelextension. (D. m. W., No. 25, 1913.)

Bei einem 48jährigen Mann, der einen Oberschenkelbruch im mittleren Drittel mit starker Dislokation und Kontraktur erlitten hatte, trat bei Bardenheuerscher Heftpflasterextension Dekubitus auf; deshalb wurde der Hirschbergsche Extensionsnagel in der von Steinmann angegebenen Weise angelegt, und zwar wurde er dicht oberhalb des epicondylus femoris medialis eingeführt und wurde lateral an entsprechender Stelle wieder sichtbar. Nach einem Monat gute Heilung in richtiger Stellung, aber die Nagellöcher fistelten; nach einem Vierteljahr wurde endlich Operation zugegeben, und es fand sich eine kleine, eiternde Knochenhöhle in der Mitte des Nagelkanals, deren Sekret nach dem planum popliteum durchgebrochen war und hier einen subperiostalen Abszess verursacht hatte, nach Eröffnung und Drainage Heilung nach $^1/_4$ Jahr. Temperatursteigerung war bei dem Patienten erst am 28. Tage nach der Anlegung des Nagels eingetreten, so dass anzunehmen ist, dass die Infektion nicht bei der Einführung des Nagels erfolgte, sondern erst sekundär entweder bei dem Herausziehen des Nagels oder nach seiner Entfernung von den Weichteilen her, vielleicht aber auch hämatogen von dem Dekubitus her. Die Behandlung mit Nagelextension ist anzuwenden, wenn die anderen Methoden versagen, darf aber, wegen der möglichen Folgen, nicht ohne Einwilligung des Patienten vorgenommen werden. Klar, München.

76) **Bilhaut, M.** Fracture du bord axillaire de omoplate. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 8, p. 225.)

Ein Rennfahrer zog sich bei einem heftigen Sturz mit seinem Rad eine Fraktur des axillären Randes des Schulterblattes zu, die nur durch das Röntgenbild diagnostiziert wurde. Die Therapie bestand in Immobilisation der Arm-Schulterblattgegend durch An-



legen eines panzerartigen Verbandes, der Thorax, Arm, Vorderarm und Hand fixierte. Nach 6 Wochen nahm der Kranke seine Tätigkeit als Rennfahrer wieder auf. Spitzer-Manhold, Zürich.

77) **Gourdon.** Luxation sterno-claviculaire bilatérale, d'origine congénitale. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 4, p. 305.)

V. konnte einen der sehr seltenen Fälle von doppelseitiger kongenitaler sterno-claviculärer Luxation beobachten bei einem 15 jährigen Jungen, der wegen leichter Kyphose in seine Behandlung kam. Ein Trauma hatte Pat. nie an dieser Stelle erlitten. Die Ursache der Luxation ist ein angeborenes Fehlen des interstitiellen Faserknorpels, der zur Festigung des Gelenkes beiträgt. Die Prognose bietet schlechte Aussichten, sowohl für blutiges als unblutiges Vorgehen. Bei dem Patienten wurde auch weiter keine Therapie vorgeschlagen, da er sich beschwerdefrei beider Arme bedienen kann. Spitzer-Manhold, Zürich.

78) **Caesar.** Reduction of shoulder dislocations. (The Lancet 1914, 24. I., p. 242.)

Folgende Methode brauchte Verf. für subglenoidale, subcoracoïde und subscapulare Schulterluxationen (über subclaviculare hat er keine Erfahrungen). Der Pat. wird ausgekleidet, auf den Boden gesetzt, das Handgelenk der kranken Seite wird vom Operateur erfasst, auf der gesunden Seite vom Assistenten. Beide Arme werden parallel gehalten, senkrecht über den Kopf geführt, nach oben extendiert, bis der Patient gerade vom Boden gehoben ist. Dann hört man ein Einschnappen im Gelenk, und die Reduktion ist vollendet. Bei subscapularer Luxation müssen während des Extendierens leicht rotierende Bewegungen von links nach rechts (bei linksseitiger und umgekehrt bei rechtsseitiger Armluxation) gemacht werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

79) **Taylor.** Conclusions derived from further experience in the surgical treatment of brachial birth palsy (Erb's type). (The Amer. Journ. of the med. sciences V. CXLVI, Nr. 6, p. 836.)

Der beste Zeitpunkt für die Operation der angeborenen Armlähmung liegt zwischen der 2. Lebenswoche bis 3. Monat. Vor der Operation muss der kranke Arm durch eine Mitella von der gesunden Schulter aus ruhig gehalten werden. Die Operation besteht in Aufsuchen und Nähen der zerrissenen Nerven. Die abgerissenen Wurzeln müssen mit andern, am Rückenmark haftenden, verbunden werden. Kopf, Hals und Schulter müssen einander genähert gehalten werden für 3—12 Wochen, am besten durch eine gut ge-



polsterte Stahlschiene. Genaue Beschreibung derselben. Die Nachbehandlung besteht in vorsichtiger Massage und passivem Bewegen von Fingern, Hand, Handgelenk, Vorderarm, Ellbogen und Armmuskeln. Erst 4—6 Monate nach der Operation sind vorsichtige Bewegungen des Halses und der Schulter erlaubt. Die Elektrizität spielt nur eine nebensächliche Rolle. Die grösste Schwierigkeit besteht darin, der Schrumpfung des pect. maj. und der vorderen Kapselpartie entgegenzuarbeiten, eventuell in Narkose. Erst spät fängt man an das Kind zu aktiven Bewegungen zu ermuntern. Eine vollkommene Wiederherstellung der Funktion wird selten erreicht, immerhin eine Brauchbarkeit der Extremität, wie sie durch konservative Therapie nicht zu erhalten ist. Beschreibung eines eigenen Falles. Spitzer-Manhold, Zürich.

80) **Többen.** Die Beeinflussung der Neuralgie des Plexus brachialis durch Kuhlenkampfsche Anaesthesie (M. m. W., Nr. 34, 1913.)

4 Wochen nach der Anlegung einer Gastroenterostomie wegen ulcus pylori bekam ein sonst nervengesunder Mann eine heftige Neuralgie des linken plexus brachialis mit grosser Druck- und Berührungsempfindlichkeit, die sich trotz Behandlung mit Heissluftbädern, Elektrisationen, Lichtbädern und Antineuralgicis nicht besserte. Heilung brachte eine Injektion von 20 ccm einer 2 %igen Novocainlösung, so dass Patient nach 2 Wochen seine schwere Arbeit wieder aufnehmen konnte. Klar, München.

81) **French.** Report of a case of brachial neuritis due to periostitis of rib. (Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX, Nr. 1, p. 14.)

Eine 40jährige Frau litt seit 15 Jahren an Schmerzen im linken Mittelfinger, die schliesslich dauernd anhielten, durch Druck auf die Fingerkuppe gesteigert, durch Bewegungen nicht verstärkt wurden. Kein Trauma, anamnestisch keine Anhaltspunkte. Lokale und interne Behandlungsmethoden ohne Erfolg. Schliesslich fand man bei genauer körperlicher Untersuchung auf der linken Klavikel einen kleinen festen Tumor, Druck auf denselben löste Schmerz im Mittelfinger aus. Röntgenonologisch keine Halsrippen. Operation. Ausschälen des Nervenstammes aus der periostitischen Verdickung. Abtragen derselben mit einem Teil der 1. Rippe. Rasche Heilung. Kein Schmerzrezidiv. Spitzer-Manhold, Zürich.

82) **Wilensky.** Studies in the treatment of fractures near the elbow. (The New York med. Journ. Vol. XCIX, No. 4, p. 180.)

Frakturen im Ellbogen ohne Verschiebung heilen spontan mit



einfacher Armschlinge behandelt, solche mit Dislokation werden am besten operativ behandelt (Entfernen des abgesprengten Teils, Nageln oder Fixieren mit Draht, Platten). 48 Stunden nach der Operation soll man schon mit passiven und aktiven Bewegungen beginnen. Ausgezeichnete funktionelle Resultate nach 14 Tagen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

83) **Hughes.** The treatment of fractures about the elbow-joint and knee-joint. (The Brit. med. Journ. 1914. 17 I, p. 137.)

Bei Olekranon- und Radiusköpfchenbruch ist V. von vornherein für offenes Operieren, sonst sucht er durch volle Flexion des Ellbogens in Binden und Einreibungen mit Olivenöl, die der Patient sich vom 3.—10. Tag nach dem Unfall selbst täglich machen kann, die Beugefähigkeit des Armes möglichst zu erhalten. In der 2. Woche kommt Massage, in der 3. Armübungen mit Gewichten, dann Schwingen auf dem Trapez, wodurch nach fünf Wochen angeblich volle Extensionsmöglichkeit bewirkt wird, hinzu. Am Knie ist V. gegen offenes Operieren. Nach Einrenkung der Fraktur wird das Knie in Flexion fixiert, nach 14 Tagen volle Extension auf einer Schiene, Massage. Erst nach 4—5 Wochen passive Bewegungen, nach 6 Wochen Entfernen der Schiene.

Spitzer-Manhold, Zürich.

84) **Petit de la Villéon.** Ecchymose linéaire transversale au pli du coude de Kirmisson, signe de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 465.)

Die Mitteilung soll die Richtigkeit des Kirmissonschen Zeichens der transversalen lineären Ecchymose in der Ellbeuge bei einer Fraktur am unteren Humerusende bei Kindern bestätigen. Der 14jährige Junge war als Verstauchung des Ellbogens 5 Tage lang mit Massage behandelt worden, starke Schmerzen und Schwellung am Arm hatten sich eingestellt, bis die richtige Diagnose gestellt, eine Röntgenaufnahme gemacht und der Arm für 25 Tage reduziert, in Gips fixiert wurde. Nach weiteren 20 Tagen Heilung mit allen Bewegungen im Ellbogengelenk. Spitzer-Manhold, Zürich.

85) **Grisel.** Correction par rupture manuelle de la fracture transversale du coude vicieusement consolidée. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 447.)

V. empfiehlt aufs wärmste, selbst 5, 6 Wochen nach dem Unfall, nach bei falsch geheilten transversalen suprakondylären Ellbogenbrüchen den spongiösen Callus von Hand zu brechen, das Fragment zu mobilisieren, zu drehen, herunterzuholen und in die Achse der Diaphyse zu lagern. Diese Prozedur soll sehr leicht bei Kindern gelingen



und lieferte dem Verf., durch das Röntgenbild bestätigte, sehr gute Resultate. Weil das Manöver nur manuell ausgeführt wird, finden auch keine starken Blutergüsse statt. Schon nach einigen Tagen soll die Konsolidation beginnen. Der Arm wird für 20 Tage in forzierter Flexion fixiert. Verf. zieht bei Kindern diese Therapie bei weitem dem blutigen Verfahren vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

86) **Chaput et Vaillant.** Étude radiographique sur les traumatismes du carpe. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 227.)

Vv. beschreiben die von ihnen beobachteten Traumen des Handgelenks (Frakturen und Luxationen) an Hand von Zeichnungen, die nach Röntgenaufnahmen hergestellt wurden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

87) **Wilensky.** A note on the treatment of fractures near the wrist joint with especial reference to Colles's fracture. (The New York med. Journ. Vol. XCVIII, Nr. 17, p. 593.)

Wegen falscher Behandlung bleibt oft eine Versteifung im Handgelenk nach Fraktur bestehen. Folgende Behandlung erprobte V. an einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolg. Keinerlei gewaltsame Manipulationen am lädierten Handgelenk. Immobilisation in einem Gipsverband, der aufgeschnitten wird und als Hülse dient, die jeden Tag für Uebungen des Handgelenks und Massage der Vorderarmmuskeln entfernt wird. Am 5. Tag Stärkebindenverband für 2 Tage, darauf Entfernen aller Verbände. Am 10. Tag soll die Muskelkraft im lädierten Arm der des gesunden gleichkommen. Ende der 2. Woche soll der Patient seine gewohnte Arbeit verrichten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

88) **Page.** The repair of the flexor tendons of the hand: a revised technique. (The Lancet. 20. XII. 13, p. 1762.)

Bei traumatischen Handsehnenverletzungen ist meist operative Hilfe nötig. Möglichst innerhalb von 12 Stunden nach dem Unfall soll operiert werden. Desinfektion mit Jodtinktur, keinerlei Waschung vorher. Technik der Sehnennaht. Immobilisierung der Finger in Flexion für ca. 1 Monat. Nach 10 Tagen Massage ohne Bewegungen. Etwa 8 Wochen nach der Operation Mobilisation der ganzen Hand.

Spitzer-Manhold, Zürich.

89) **Tridon.** Hypertrophie congénitale du pouce gauche. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 475.)

Bei einem kleinen Mädchen fing im 4. Lebensjahr der linke Daumen an, zu wachsen. Wurde als spina ventosa ohne Erfolg behandelt. Jetzt nach vier Jahren zeigte eine Röntgenaufnahme,

dass das Skelett normal ist. Es handelt sich um eine kongenitale lymphatische Hypertrophie, eine Art partieller Elephantiasis. Man wird versuchen, eine Ablation des hypertrophischen Zellgewebes vorzunehmen, ein manchmal bewährtes Verfahren. Sonst bleibt nur die Amputation noch, der sich die Eltern vorläufig noch widersetzen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

90) **Weber.** Extensionstisch zur Einrenkung angeborener Hüftluxationen. (M. m. W., Nr. 36, 1913.)

In der Langeschen Klinik in München wird zur Einrenkung der angeborenen Hüftluxationen ein Extensionstisch angewandt, der auf dem von Schede, Lorenz, Lange, Bradford und Bade bereits verfolgten Prinzip der Extension und des direkten Drucks auf den Trochanter beruht. Genaue Beschreibung siehe Originalartikel. Der Tisch wird von der Firma Storz & Raisig in München hergestellt.

Klar, München.

91) **Ombrédanne.** Pièce de luxation précoce dans la coxalgie. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 481.)

Verf. verfügt über ein seltenes Präparat einer frühzeitigen Luxation der Hüfte bei Hüftgelenksentzündung. Es handelt sich um ein 7 jähriges Kind, das mit lokalisierter Kniescheibentuberkulose in Behandlung kommt und deshalb operiert wird. Exstirpation der erkrankten Patella. Im Laufe der Rekonvaleszenz tritt eine sich als Luxation manifestierende Hüftgelenksentzündung hinzu. Bald darauf tuberkulöse Meningitis, Exitus. Ein Präparat des ganzen Beckengürtels und der femora konnte gemacht werden. Der Pfannenrand ist normal ausgebildet, der Femurkopf nach oben und hinten luxiert, die Pfanne von Fungositäten ausgefüllt, die untere Kapselpartie und das lig. rotund. durch die fungösen Wucherungen zerstört. Der Kopf wurde wahrscheinlich durch die Wucherungen aus der Pfanne über den normal hohen Pfannenrand hinausgedrängt und durch den Muskelzug in der Richtung des defekten Kapselteils hinausluxiert. Intra vitam wäre die Reduktion in einem solchen Falle leicht, indem man mit dem reponierten Kopf die weichen fungösen Massen in der Gelenkpfanne zerstört.

Spitzer-Manhold, Zürich.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Pr. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3 oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Band VIII. **August 1914.** **Heft 8.**

(Aus der Professor Dr. Vulpiusschen Orthopädisch-Chirurgischen Klinik in Heidelberg.)

Ueber Knochenplastik bei Pseudarthrose.

Von Dr. med. WALTHER FRIEDRICH,

I. Assistent der Klinik.

(Hierzu eine Abbildung im Text.)

Im 4. Heft von Band VII dieser Zeitschrift hat Vulpius ein osteoplastisches Operationsverfahren bei Pseudarthrose beschrieben, welches sich uns verschiedentlich so bewährt hat, dass es von Interesse sein dürfte, hier einige Fälle mit kurzen krankengeschichtlichen Daten mitzuteilen.

Fall I: Ingenieur B.

Unterschenkelbruch vor $1^1/_2$ Jahren, nicht konsolidiert, auch nicht nach Drahtnaht, die in einer chirurgischen Universitätsklinik ausgeführt wurde. Patient war vollkommen unfähig zu gehen und daher in grösster Verzweiflung.

Operation nach der von Vulpius angegebenen Methode:

Ein typischer Lappen aus der Tibia über den Bruchspalt, der deutlich zu sehen war, hinübergelegt, am Bruchspalt selbst wurde garnichts gemacht. Glatte Heilung. Patient ging nach 6 Wochen im Unterschenkel-Hülsenapparat, der allmählich verkürzt wird, um das Bein zu belasten.

Bei der Entlassung vollkommen feste Verheilung. Geht ohne Apparat. Patient ist jetzt wieder im anstrengenden Ingenieur-Beruf den ganzen Tag tätig und hat keinerlei Beschwerden.

Fall II: Kaufmann M., 27 Jahre alt.

Unterschenkelbruch in der Mitte nach Ueberfahren von Mehrsitzer-Rodelschlitten. Gipsverband, nach 6 Wochen noch keine Spur von Konsolidation. Darauf gefensterter Gipsverband, Beklopfen der Bruchstelle mit dem Gummihammer, verschiedentlich Jod-Injektionen, alles ohne den gewünschten Erfolg.

Vier Monate später Operation in typischer Weise, die Bruchlinie wurde freigelegt, von Callus war keine Spur verhanden, nur fibröse Verwachsung. Glatte Heilung genau wie beim ersten Fall.

$1^1/_3$ Jahre darauf machte Patient bereits wieder eine Uebung als Kavallerie-Offizier.

Fall III: Steinhauer G., 23 Jahre alt.

Querbruch des linken Oberschenkels im unteren Drittel. Wurde im Steinbruch von einem schweren Stein getroffen, auswärts behandelt, bei Aufnahme in die Klinik noch keine Konsolidation,

Dislocatio ad axin et longitudinem, Verkürzung 6 cm mit Aussenrotation. Operation. Nur ganz geringe Kallusbildung, Bruchstücke werden aneinander gebracht, dann typische Lappenplastik. Beim Umklappen riss der Lappen an seinem Perioststiel, es wurde somit eine freie Periost-Knochenplastik. Extensionsgipsverband. Glatte Heilung, nach sechs Wochen völlige Konsolidation des Bruches in guter Stellung, Verkürzung 1 cm! Vier Monate später arbeitsfähig entlassen.

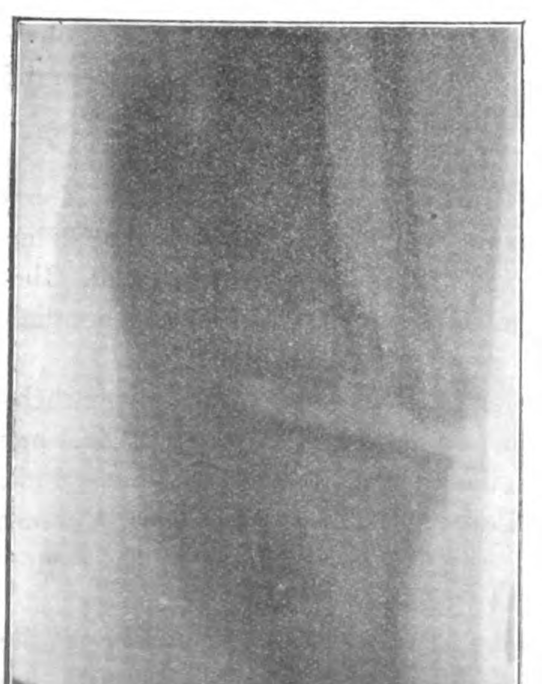
Der objektive Befund war sehr zufriedenstellend.

Fall IV: Theodor R., Zögling des Badischen Landeskrüppelheims, 18 Jahre alt.

Mit 1 Jahr Lähmung, spastische Hemiplegie. Mit 6 Jahren wegen Beugekontraktur des linken Kniegelenks operiert.

Bei der Aufnahme in das Krüppelheim war das linke Kniegelenk in rechtwinkliger Beugestellung ankylosiert, ausserdem bestanden noch Lähmungserscheinungen, die hier jedoch nicht in Betracht kommen.

Operation am 17. 4. 13: Eröffnung des Gelenks durch Bogenschnitt. Der Knochen zeigte starke Unregelmässigkeit. Herausmeisselung eines keilförmigen Stückes aus Femur und Tibia, Anpassung der beiden Enden, bis Streckstellung möglich ist. Gipsverband in starker Spitzfusstellung wegen der Verkürzung. Am 29. 7. war noch keine Konsolidation eingetreten, erneuter Gipsverband.



17. 9. 13: Da noch keine knöcherne Vereinigung, typische Knochenplastik, Gipsverband.

15. 12. 13: Vollständige Konsolidation in guter Stellung.

Nebenstehendes Röntgenbild, von Fall IV stammend, dürfte von Interesse sein, da es deutlich den Knochenlappen und den Spalt zwischen den Knochenenden zeigt.

Die hier erreichten Resultate sprechen deutlich für die Brauchbarkeit dieses Verfahrens.

Es könnte eingewendet werden, dass nicht die Lappenplastik, sondern der operative Eingriff als solcher zur Konsolidation geführt hat. Dem gegenüber muss ausdrücklich betont werden, dass, abgesehen von Fall III, niemals etwas an der Bruchlinie gemacht wurde, wie Anfrischen der Bruchenden, Entfernen interponierter Weichteile. Besonders beweisend sind Fall I und II, wo vorher bereits Eingriffe gemacht waren, bei dem einen Injektionen von Jodtinktur, bei dem anderen sogar Knochennaht, ohne dass es zu Konsolidation gekommen wäre.

Der Einwand, dass dieser Eingriff oder ein Eingriff überhaupt nicht streng indiziert war, dass vielleicht von selbst noch knöcherne Vereinigung eingetreten wäre, erscheint mir nicht berechtigt, wenn man berücksichtigt, dass zwischen Verletzung und Operation einmal 2, einmal 4, dann 6 und sogar 18 Monate lagen. Das sind doch Zeiträume, in denen normaliter ein Bruch geheilt ist.

Da es nicht gar so selten Fälle von Frakturen gibt, wie wohl fast jeder Arzt aus eigener Erfahrung weiss, die trotz aller bisher bei Pseudarthrose üblichen Operationsverfahren nicht zum Konsolidieren führen, so erschien mir der erneute Hinweis auf das von Vulpius angegebene und in unserer Klinik mit Erfolg geübte Verfahren berechtigt und zweckmässig zu sein.

(Aus dem orthopädischen Institut von Dr. E. Mayer, Köln a. Rh.)

Eine Zange zur Redression von Klumpfüssen.

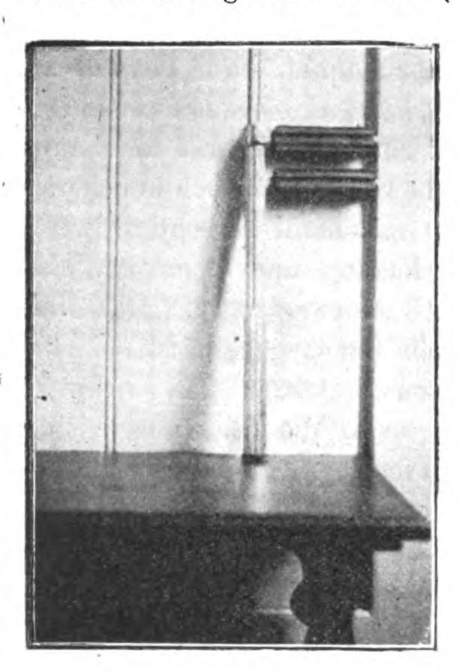
Von Dr. E. MAYER, Köln a. Rh.

Bei der Redression widerspenstiger Klumpfüsse greift man in vielen Fällen, wenn die Hand des Arztes versagt, zu einem der bewährten Osteoklasten, welche meistens mit Redressionsvorrichtungen versehen sind. Ich benutze noch immer den alten Lorenzschen Osteoklasten, wie er von Stille modifiziert worden ist.

Es gibt jedoch eine Anzahl Klumpfüsse, die nicht so schwer sind, dass man den Osteoklasten in Anwendung bringen möchte, und für diese ist der Thomas Redresseur (Thomas Wrench) bestimmt. Leider haben die meisten dieser Instrumente so harte Branchen, dass es ohne schwere Verletzungen der zu redressierenden Füsse nicht abgeht, abgesehen davon, dass die gebräuchlichen Hartgummigriffe so glatt sind, dass sie fast immer von dem Fusse abgleiten und so ein erfolgreiches Redressieren sehr erschweren. Ich habe mir nun deshalb den Thomas-Redresseur so abgeändert, dass



ich mir statt der Hartgummigriffe Griffe anbringen liess, welche aus einem mittelharten Gummi angefertigt waren. Zu diesem Zweck schraubte ich mir an einem Fahrrad die Gummipedale los und brachte ein derartiges Gummi an meinem Instrument an. Ich schnitt mir den Gummi so zu, dass er viereckig war, sodass er von dem Fuss nicht abgleiten konnte (s. Fig.). Die Härte des Gummis war auch so, dass eine Verletzung des zu redressierenden Fusses fast nicht mehr vorkommen kann. Gewöhnlich benutze ich zwei derartiger Instrumente, und zwar verwende ich das eine für den vorderen Teil des Fusses, das andere lege ich um den Calcanus oder die Knöchelgegend herum. In letzterem Falle wird das zweite Instrument um den Calcanus gelegt, um die Adduktionsstellung gegenüber dem Unterschenkel zu korrigieren. Das Instrument wird nach meiner Angabe von dem Medizinischen Warenhaus A. G. in Berlin angefertigt.



---

1) **F. Lange**-München. Lehrbuch der Orthopädie. Mit 586 zum Teil mehrfarbigen Abbildungen. (Jena 1914, G. Fischer.)

8 Jahre, nachdem die letzte Auflage des Hoffaschen Lehrbuches erschienen, ist es ein Bedürfnis, ein Buch zu besitzen, welches den heutigen Stand der Disziplin zusammenfassend schildert. Mit einem Stab von Mitarbeitern hat Lange sich dieser Aufgabe unterzogen und ist dabei in mehr als einer Hinsicht neue Pfade gewandelt. Neu ist die präzise Begrenzung der Orthopädie, ihr gehören „die chronischen Leiden des Bewegungsapparates" an. Neu ist für uns wenigstens ferner die Einteilung des Stoffes, die nicht nach Körperregionen, sondern, soweit es angeht, nach sachlicher Zusammengehörigkeit vorgenommen ist.

Die Mitarbeit von fast einem Dutzend Orthopäden hat eine rasche Fertigstellung des Werkes ermöglicht. Dass dadurch andererseits die Gefahr mangelnder Einheitlichkeit hervorgerufen wird, hat der Herausgeber wohl empfunden und durch gemeinsame Besprechungen der Autoren nach Möglichkeit zu vermeiden gesucht.

Ganz lässt sich dieser Nachteil nicht beseitigen. Der allgemeine Teil, der von Lange selber herrührt, dürfte manchem zu wenig eingehend erscheinen, so ist die Technik der orthopädischen Verbände und Apparate auf 12 Seiten zusammengedrängt, die gesamten orthopädischen Operationen beanspruchen nur 30 Seiten. Verf. ist dabei offenbar von der Ansicht ausgegangen, dass Einzelheiten Spezialwerken entnommen werden sollen. Folgerichtig hätten dann aber auch „Allgemeinnarkose und Lokalanästhesie", „Asepsis und Antisepsis", die „Esmarchsche Blutleere" unerwähnt bleiben können. Vorzüglich gelungen ist Riedinger die Besprechung der „Missbildungen, Wachstumsstörungen und Erweichungszustände der Knochen". Von Ludloff werden „die chronischen Entzündungen der Knochen und Gelenke, der Muskeln, Sehnen, Schleimbeutel, Faszien" dargestellt, von Gaugele „die angeborenen Luxationen und Kontrakturen". Besonders interessant und klar weiss Biesalski die „orthopädische Behandlung der Nerven-Krankheiten" zu schildern.

Es folgen „der Schiefhals" von v. Aberle, die „Deformitäten der Wirbelsäule" von Spitzy, „die Spondylitis" von v. Baeyer, die „Deformitäten der oberen Extremität" von Rosenfeld, die „Deformitäten der unteren Extremität" von Bade und die „Fussdeformitäten" als letzte Arbeit des zu früh uns entrissenen Preiser.

Die Mitarbeiter dürfen das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, das beste deutsche Lehrbuch der Orthopädie geschaffen zu haben, welches für die Zwecke der Praxis zur Zeit existiert.

Vulpius, Heidelberg.

2) **P. Glaessner**-Berlin. Jahrbuch für orthopädische Chirurgie. 4. Band 1912. (Berlin 1913. J. Springer.)

Der Jahresbericht gibt wie seine Vorgänger einen vorzüglichen Ueberblick über die Jahresarbeit und ihre Ergebnisse. Verf. erwirbt sich durch die mühevolle Sammeltätigkeit wie durch die klare und präzise Zusammenfassung der wichtigen Ergebnisse gewiss den Dank aller Fachgenossen.

Vulpius, Heidelberg.

3) Handbuch der praktischen Chirurgie von **Bruns, Garrè** und **Küttner.** Vierte umgearbeitete Auflage. II. Band. Chirurgie des Halses und der Brust. Mit 293 teils farbigen Abbildungen. (Stuttgart 1913, F. Enke.)

Der ursprünglich von Jordan bearbeitete Abschnitt „Hals", der den Orthopäden in dem vorliegenden Band interessiert, ist von Völcker-Heidelberg übernommen und ergänzt worden. Verf. hat bekanntlich für die Entstehung des angeborenen Schiefhalses eine plausible Theorie aufgestellt (Ischaemie) und durch klinische Befunde gestützt.

Vulpius, Heidelberg.



4) **Fedor Krause** und **E. Heymann**-Berlin. Lehrbuch der chirurgischen Operationen an der Hand klinischer Beobachtungen. II. Abteilung: Chirurgie des Kopfes (Schluss). Mit 261 zwei- und mehrfarbigen Abbildungen auf 57 Tafeln sowie 95 Figuren im Text. (Berlin-Wien 1914, Urban und Schwarzenberg.)

Der vorliegende Band des grosszügig angelegten und wundervoll illustrierten Werkes enthält, höchstens mit Ausnahme der kurz abgehandelten Operations-Behandlung der Facialislähmung nichts für den Orthopäden Wichtiges. Trotzdem dürfen auch wir uns an den hier so ausgezeichnet dargestellten Fortschritten der Hirnchirurgie wenigstens erfreuen. Vulpius, Heidelberg.

5) **A. Broca**-Paris. Chirurgie infantile. Mit 1259 Abbildungen. (Paris 1914, Steinheil.)

Das nicht weniger als 1136 Seiten umfassende Buch ist trotz des Riesenumfanges durchaus persönlich und darum interessant, wenngleich es für den deutschen Orthopäden nicht viel Neues bietet. Die chirurgische Therapie steht keineswegs im Vordergrund, sondern die Symptomatologie und die Indikationsstellung für die Therapie.

Der Umfang des Werkes bringt es mit sich, dass die Errungenschaften der letzten Jahre speziell auf orthopädischem Gebiet nicht mehr haben berücksichtigt werden können. Die ungemein zahlreichen Abbildungen sind schematisiert. Verf. hat ja ganz recht mit der Behauptung, dass man mit einem solchen Bild der Wahrheit näher bleiben kann als mit einer „frisierten" Similireproduktion.

Wie schon erwähnt, ist es namentlich die Fülle persönlicher Erfahrungen, welche dem Buch einen aussergewöhnlichen Wert verleiht. Vulpius, Heidelberg.

6) **A. Blencke**-Magdeburg. Orthopädische Sonderturnkurse. Mit 60 Textabbildungen. (Stuttgart 1914. F. Enke.)

Die Frage des „orthopädischen Schulturnens« hat, so jung sie ist, viel Staub aufgewirbelt.

Schularzt und Turnlehrer haben ihre Anschauungen vor das Publikum gebracht, und es ist nötig, dass auch der Facharzt sich vernehmen lässt. Der Verf. hat sich dieser wichtigen Aufgabe unterzogen und ist hierzu der geeignetste Mann, da er von Anfang der Bewegung an sich den in ihr liegenden Gefahren entgegengestemmt hat.

Sein überaus anregend geschriebenes Buch wendet sich nach einer Beschreibung der Anatomie und Pathologie der Wirbelsäule der Entwicklung der Streitfrage zu und begründet seine wohl ziemlich ausnahmslos im orthopädischen Lager gebilligte Stellungnahme.



Die Schule kann in Sonderturnkursen sich mit „Rückenschwächlingen“ mit Vorteil beschäftigen, aber nur dann, wenn die Kurse unter fachärztlicher Leitung und Kontrolle stehen. Des weiteren wird gezeigt, wie die Sonderkurse zu organisieren und durchzuführen sind. Dem Buch wird hoffentlich zum Nutzen der Schuljugend weiteste Verbreitung und Anerkennung beschieden sein.

Vulpius, Heidelberg.

7) **Spitzy**-Wien. Die körperliche Erziehung des Kindes. Mit 194 Textabbildungen. (Berlin und Wien 1914. Urban und Schwarzenberg.)

Mit Unterstützung des österreichischen Ministeriums für Kultus und Unterricht hat Verf. 3 Jahre hindurch Vorlesungen über die körperliche Erziehung des Kindes gehalten und zwar nicht nur für Hörer aller Fakultäten, sondern für Lehrpersonen jeglicher Art. Das Buch stellt eine Zusammenfassung dieser Vorträge dar und wendet sich dementsprechend an den gleichen weiten Kreis. Mit ausserordentlichem Geschick weiss Verf. Wissenschaftlichkeit und Volkstümlichkeit zu vereinigen. Besonderes Gewicht legt Sp. mit Recht auf die körperliche Fürsorge für das kleinkindliche und vorschulpflichtige Alter. Wir können uns nur dem Wunsch des auf diesem neuen Gebiet führenden Verfassers anschliessen: Möge das in Wort und Bild mustergültig gelungene Buch in wissenschaftlichen Kreisen Anerkennung, in pädagogischen Kreisen Liebe, in Elternkreisen Verständnis und in der studierenden Jugend werktätige Mitarbeit finden.

Vulpius, Heidelberg.

8) **E. Sommer**-Zürich. Röntgentaschenbuch. V. Bd. (Leipzig 1913. Otto Hennich.)

Auch der 5. Jahrgang enthält wertvolles Material für den Röntgenologen in grosser Menge.

Der technisch-diagnostische und der therapeutische Teil umfassen 27 Aufsätze aus rühmlichst bekannten Federn. Es folgen Mitteilungen unserer ersten Röntgenfirmen über technische Neuerungen, Fortschritte und Leistungen, sowie das vervollständigte Verzeichnis von Röntgeninstituten Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz.

Vulpius, Heidelberg.

9) **J. Wetterer**-Mannheim. Handbuch der Röntgentherapie nebst Anhang: Die radioaktiven Substanzen in der Therapie. Band I. Mit 175 Figuren im Text, 13 Tafeln in Mehrfarbendruck und 4 Tafeln in Schwarzdruck. Zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage. (Leipzig 1913—1914. Otto Nemnisch.)

Das nach 5 Jahren neu erscheinende Buch ist in der Tat mehr eine Neuerscheinung als eine Neuauflage. Ausgiebige Verwertung



der Literatur und grosser eigener Erfahrungen hat das Werk zu einem vollendeten gemacht, wie es schon die erste Auflage versprach. Auch die Ausstattung ist eine reiche und mit wenigen Ausnahmen vorzügliche. Den Orthopäden interessiert besonders das der Tiefenbestrahlung gewidmete Kapitel im Hinblick auf die Therapie der Knochen und Gelenke. Vulpius, Heidelberg.

10) **De Quervain**-Basel. Kurzgefasste Lehre von den Knochenbrüchen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Mechanik und Biologie. I. Teil: Allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen von **H. Zuppinger** † und **Th. Christen.** (Leipzig 1913. F. C. W. Vogel.)

Ein Vorwort von Prof. R. Fick-Innsbruck beleuchtet die Bedeutung des Buches, welches „Neu und Gut" vereinigt. Zuppingers umwälzende Anschauungen über Frakturenbehandlung werden uns als sein letztes Vermächtnis hier dargeboten. Und mit ihm hat sich Christen zu gemeinsamer Arbeit zusammengetan, der als Arzt und Mathematiker zugleich gewiss der Berufenste ist, um eine allgemeine Frakturenlehre zu schreiben.

Insbesondere wird die Störung des Muskelgleichgewichtes durch die Knochenverletzung in den Vordergrund gerückt und die Bedeutung der Muskelverhältnisse für die Therapie energisch betont.

Die Darstellung ist durchaus nicht mit mathematischen Deduktionen unnötig beschwert, sondern praktischen Bedürfnissen angepasst.

Wer der Pflicht genügen will, in die Grundzüge der modernen Frakturlehre einzudringen, findet hier eine willkommene Möglichkeit leichter Orientierung. Vulpius, Heidelberg.

11) **E. Bibergeil**-Berlin. Berufs- und Unfallkrankheiten der Bewegungsorgane. Leitfaden für Studierende und Aerzte. Mit 12 Textabbildungen. (Stuttgart 1913. F. Enke.)

Zum erstenmal unternimmt es der Verf., die Berufskrankheiten der Bewegungsorgane zusammenfassend zu besprechen und stellt ihnen dann die Unfallkrankheiten in Kürze gegenüber.

Die Frakturen und Luxationen sind nicht mit einbezogen. Ein Anhang gibt die wichtigsten Bestimmungen der staatlichen Unfallversicherung wieder.

Das kleine Buch ist nicht nur für den Praktiker behufs Orientierung von Wert, sondern enthält auch für den geübten Gutachter lehrreiches Material. Vulpius, Heidelberg.

12) **P. Frangenheim**-Cöln. Die Krankheiten des Knochensystems im Kindesalter. Mit 95 Textabbildungen. (Stuttgart 1913. F. Enke.)



Das Buch stellt Band X der „Neuen Deutschen Chirurgie" dar. Nach einer kurzen Einleitung über kindliches Wachstum werden die angeborenen und erworbenen Systemerkrankungen des Skeletts behandelt und zwar pathologisch-anatomisch, klinisch und therapeutisch. Ein $5^1/_2$ Druckbogen umfassendes Literaturverzeichnis beschliesst das mit ausserordentlichem Fleiss und klar geschriebene Buch.

Vulpius, Heidelberg.

13) **F. Frohse** und **M. Fränkel**-Berlin. Die Muskeln des menschlichen Beines. Mit 56 meist farbigen Abbildungen im Text. (Jena 1913. G. Fischer.)

Die vorliegende 22. Lieferung des „Handbuchs der Anatomie des Menschen" ist für die Orthopädie von allergrösstem Wert und mit Ungeduld von denjenigen erwartet worden, welche den früheren Band des Verfassers mit Entzücken studiert haben. Wort und Bild, gleich vorzüglich, sind uns unentbehrliche Wegweiser.

Vulpius, Heidelberg.

14) **Rollier**-Leysin. Die Heliotherapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung ihrer chirurgischen Formen. Mit 138 Textabbildungen. (Berlin 1913. Verlag von J. Springer.)

In dem vorliegenden reich illustrierten Buch gibt der Verfasser, der bescheiden seine grossen Verdienste um die Heliotherapie einschränken will, einen ungemein lehrreichen Ueberblick über die Geschichte, die wissenschaftliche Begründung, die Technik und die Erfolge der Methode.

Vulpius, Heidelberg.

15) **T. Dessauer**-Frankfurt a. M.: Radium, Mesothorium und harte X-Strahlung und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Mit 40 Abb. im Text. (Leipzig 1914, Hennich.)

D. gibt vor allem Vorstellungen über die radioaktiven Substanzen und ihre physikalischen Eigenschaften, ferner einen Beitrag von Prof. Apolant über Tierversuche mit Homogenstrahlung.

D. beschreibt weiter eine neue Röntgenmaschine zur Erzeugung harter X-Strahlung.

Ein Anhang gibt dem Käufer von Radium einige wertvolle Anweisungen.

Vulpius, Heidelberg.

16) **B. Baisch**-Heidelberg. Die Röntgentherapie der chirurgischen Tuberkulose. (Erg. der Chir. und Orth., Bd. VII, p. 110.)

Der Umschwung, der in der Behandlung der Fälle chirurgischer Tuberkulose von dem radikalst operativen zu einem möglichst konservativen Vorgehen geführt hat, hat die Röntgentherapie, die in früheren



Jahren nur vereinzelt zur Anwendung kam, zu allgemeinerer Verwendung geführt. Vom Verf. werden die darüber in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ausführlich wiedergegeben. Es kann darnach gesagt werden, dass die Röntgenbehandlung in der Therapie der chirurg. Tuberkulose ein wichtiges Hilfsmittel geworden ist. Die Wirkung ist einmal eine rein lokale, auf den Erkrankungsherd begrenzte, die in Vernichtung des tuberkulösen Gewebes und Anregung zu Bindegewebsneubildung besteht, daneben aber kommt auch eine Allgemeinwirkung als wesentlich in Betracht, deren Wirkung als eine „Entgiftung" des Körpers bezeichnet werden kann. Die besten Erfolge sind bisher mit der Röntgentherapie der tuberkulösen Lymphome erzielt worden, wo sie unbedingt dem operativen Vorgehen vorzuziehen ist. Bei der Knochen- und Gelenktuberkulose sind ihr durch die unvollkommene Tiefenwirkung Grenzen gezogen. Ausserdem reagieren die verschiedenen Formen der Tuberkulose in verschiedenem Grade. Am besten reagieren die weichen fungösen Formen mit starker ödematöser Durchtränkung der Weichteile und fistelnde Formen. Die richtige Bestrahlungstechnik ist für den Erfolg von wesentlicher Bedeutung, deswegen sind sie vom Verf. ausführlich geschildert. Am besten kommt die Intensivbestrahlung mit möglichst vielen Einfallpforten zur Anwendung. Die Haut der verschiedenen Körpergegenden hat sich als verschieden empfindlich erwiesen. Das ist zu beachten, um die „Spätschädigungen" zu vermeiden. Autorreferat.

17) **A. Rollier**-Leysin. Die Heliotherapie der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer chirurgischen Formen. (Erg. der Chir. u. Orth., Bd. VII, p. 1.)

„Die Heliotherapie, die sich als eigene Methode den physikalischen Heilbestrebungen erst spät angeschlossen hat, ist heute zu einem bedeutenden Faktor der konservativen Chirurgie geworden." Das sind des Verf. eigene einleitende Worte. In einer umfassenden Arbeit gibt er uns zunächst ein ausführliches Literaturverzeichnis, dann eine Beschreibung der bisherigen experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiet, weiter eine genaue Schilderung der Wirkungsweise, der Technik und der Erfolge seiner Methode und der Röntgenkontrolle seiner Resultate. Dann folgt eine Statistik über die sämtlichen von 1903—1913 behandelten Fälle. — Als oberster Grundsatz gilt, dass jede Tuberkulose nicht eine lokale, sondern eine allgemeine Erkrankung ist, daher darf die Therapie auch keine rein lokale sein, sondern muss zu wirksamer Bekämpfung auch eine Allgemeinbehandlung sein, und dafür kann die metho-



dische Anwendung der Heliotherapie am ehesten genügen. Dabei sind noch verschiedene bedeutsame Faktoren vorhanden, die die Durchführung der Heliotherapie im Hochgebirge als wirkungsvoller erscheinen lassen. Die Beschreibung der Technik der Sonnentherapie ist ausführlich und durch viele gute Abbildungen veranschaulicht. Als Grundsatz gilt: Vermeidung aller Luft und Sonne absperrender Verbände und systematisches, vorsichtiges Training der Patienten zur Sonnenbehandlung. Die Spondylitis wird nur durch systematische Lagerung, abwechselnd Bauch- und Rückenlage mit untergelegten Hirsekissen behandelt. Bei Koxitis und Gonitis kommt einfache Manschettenextension, bei allen anderen Affektionen hauptsächlich nur entsprechende Lagerung zur Anwendung. Auch alle Formen innerer Tuberkulose (tbk. Peritonitis, Darm-, Nieren-, Hodentbk.) geben gute Prognose. Bei diesen wird erst nach Abfall des Fiebers und Schwinden der Schmerzen, was gewöhnlich schon in den ersten Tagen eintritt, mit der Sonnenbestrahlung begonnen. — Die Röntgenkontrolle der Fälle ergab im allgemeinen, dass die Veränderungen in der Regel von grösserer Ausdehnung sind als das klinische Bild erkennen lässt, und dass auch nach völligem Abklingen aller klinischen Symptome noch längere Zeit vergeht, bis zur völligen inneren Neuordnung. Als Ergebnis der Statistik führt Verf. dann als Indikationen an: 1. alle Formen externer Tuberkulose (Arthritis, Ostitis, Periostitis, Tendovaginitis), 2. Eingeweidetuberk. (Nieren, Ileocökum, Hoden), 3. Schleimhaut- und Hauttuberkulose, 4. Tbk. Drüsen, 5. Tbk. des Respirationstraktus. Kontraindikationen bilden: bereits manifeste Amyloiddegeneration und schwere Phthise.

Baisch, Heidelberg.

18) **Felten-Stoltzeberg, Richard** und **Felicitas.** Die Sonnenbehandlung der chirurgischen und Bronchialdrüsen-Tuberkulose an der See. (B. kl. W. Nr. 23, 1913.)

Nach Mitteilung von Krankengeschichten von teilweise schweren Tuberkulosen, die die Verff. in durchschnittlich 3 Monate dauernder Behandlung in Sankt Peter an der Nordsee heilten, stellen sie folgende Leitsäze auf:

1. Die Heliotherapie ist ein wesentlicher Fortschritt in der konservativen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

2. Die Heliotherapie lässt sich an der See mit bestem Erfolge durchführen.

3. Neben dem Sonnenschein bietet das Seeklima noch andere wertvolle Heilmittel, so dass, nachdem erst die Heilung durch die Insolation angebahnt ist, sie unabhängig davon fortschreitet.



4) Die Heliotherapie der chir. Tub. an der See muss an sorgfältig ausgewähltem Platze in eigens dazu gebauten Häusern unter chirurgisch-orthopädischer Aufsicht erfolgen. Klar, München.

19) **De Quervain**-Basel. Die Pflichten der Gegenwart gegenüber den Chirurgischen Tuberkulosen. Vortrag, gehalten bei Anlass der Tuberkulose-Ausstellung in Basel. (Basel 1913. Benno Schwabe.)

Verf. schildert in äusserst sachlich-objektiver Weise die modernen therapeutischen Bestrebungen gegenüber der Chirurgischen Tuberkulose, insbesondere die Klimato- und Heliotherapie und ihre Erfolge. Er fordert zu einer regen Fürsorgetätigkeit auch diesen Formen der Tuberkulose gegenüber auf. Vulpius, Heidelberg.

20) **Beck.** Weitere Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose. (Zschr. f. Kinderheilk., Bd. X, 2, 3.)

Verfasser hat die an dieser Stelle bereits besprochenen Versuche mit Rosenbachschem Tuberkulin fortgesetzt und bei weiteren 45 Fällen von kindlicher Tuberkulose, darunter 11 Kindern mit Knochenkaries fortgesetzt. Er hat auch jetzt die gleichen günstigen Erfahrungen gemacht, fand bei Knochen- und Gelenktuberkulosen einen Rückgang der Gelenkschwellungen, Schliessen der Fisteln und Wiederkehr der Beweglichkeit. Verfasser empfiehlt das Tuberkulin Rosenbach bei allen Fällen von kindlicher Tuberkulose.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

21) **Vulpius** und **Laubenheimer.** Ein Todesfall infolge Anwendung des Friedmannschen Tuberkulosemittels. (D. m. W. Nr. 10, 1914.)

Bei 46 Injektionen des Friedmannschen Tuberkulosemittels erlebte Vulpius einen Todesfall eines an Tuberkulose der Nebenhoden und an den Rippen leidenden 31 jährigen Mannes. In der Nacht nach der nachmittags gemachten Injektion trat hohes Fieber auf, und der Tod trat in der zweiten Nacht ein in tiefem Koma (Fieber bis 41,2, Puls 140). Die Sektion ergab äusserst schlaffen Herzmuskel, hochgradiges Lungenödem und Hypostase.

Ferner erkrankte ein 18 jähriges Mädchen mit Kniegelenkstuberkulose in der zweiten Nacht nach der Injektion schwer mit Schüttelfrost, hohem Fieber und später Kollaps; die Patientin erholte sich sehr langsam.

Diese beiden Fälle gaben Veranlassung zur bakteriologischen Untersuchung des Medikaments, die von Laubenheimer im bakt. Institut zu Heidelberg vorgenommen wurde und ergab, dass von 13



Ampullen des Friedmannschen Mittels bei 11, also in allen mit Ausnahme von zweien, der Inhalt mit Bakterien verschiedener Art, darunter mit sehr virulenten pathogenen Keimen, z. B. Staphylococcus pyogenes aureus, verunreinigt war!!!

Vulpius erwähnt, dass er in der allerdings noch etwas kurzen Beobachtungszeit nicht in einem einzigen der injizierten Fälle eine Änderung im Heilverlauf gesehen hat, die er dem neuen Mittel zuschreiben müsste. Die von L. erhobenen bakteriologischen Befunde ermahnen zur allergrössten Vorsicht und raten V. davon ab, das Medikament je wieder in die Blutbahn zu bringen, so lange es nicht unter staatlicher Aufsicht steht. Klar, München

22) **Th. Grammitzky.** Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Sero- u. Vaccinotherapie. (Bruns Btrge. z. kl. Chir., Bd. 89, p. 404.)

Auf Grund von 90 Fällen gonorrhoischer Gelenkerkrankungen kommt Verf. bezüglich der Heilerfolge der verschiedenen Behandlungsarten zu folgenden Resultaten: Die Hyperämiebehandlung (aktive und passive) ist ein wirkungsvolles Mittel, führt aber nicht in allen Fällen zur Heilung. Unbedingt gute Resultate gibt die Immunisationstherapie, besonders gut werden die Erfolge bei Kombination von Immunisations- mit Hyperämiebehandlung. Ob der Vaccine oder dem Serum der Vorzug zu geben ist (aktive od. passive Immunisation) kann Verf. nicht entscheiden.

Baisch, Heidelberg.

23) **Vulpius.** Beiträge zur operativen Gelenkmobilisierung (M. m. W. Nr. 14, 1911.)

1. Ein 16jähriger Junge, vor $^1/_2$ Jahr Fall vom Rad auf den rechten Ellenbogen, Heilung in rechtwinkliger Ankylose. Operation: Hinterer Längsschnitt, Ablösung der Trizepssehne mit Periost nach beiden Seiten, Abtragung des Olekranon und der unregelmässigen Gelenkfläche der Ulna mit dem Meissel, Entfernung der dislozierten Kondylen und exakte Freilegung der Kapsel auf der Beugeseite. Aus der Trizepssehne wird, ohne ihre Kontinuität aufzuheben, ein Lappen von 10 cm Länge und 3—4 cm Breite gebildet und um seine peripher und quer angelegte Basis um 90 Grad gedreht, so dass er die Humeruswundfläche vollkommen bedeckt, nachdem er ringsum festgenäht ist. Ein kleinerer Lappen aus der Vorderarmfaszie wird auf die Wundfläche der Ulna verlagert und hier befestigt; durch Wiedervereinigung der Trizepssehne wird das Gelenk abgeschlossen. Fixation in fast völliger Streckstellung für 14 Tage, dann Nachbehandlung



und allmähliche Ueberführung in Flexion. Vier Monate nach der Operation aktive Streckung bis 160 Grad, passiv noch etwas weiter, aktive Beugung bis 50 Grad, Gesamtexkursion 110 Grad, Kraft gut, 5 kg werden gestemmt.

2. 38jähriges Fräulein, mit 5 Jahren Spondylitis, mit 13 Jahren Koxitis, die knöcherne Ankylose in Flexion von 150 Grad, Adduktion 75 Grad und starke Verkürzung hinterliess; Gang nur mit Krücke, Belastung des Hüftgelenks sehr schmerzhaft, Sitzen sehr erschwert. Operation im Mai 1907: Längsschnitt über dem Trochanter, quere Durchmeisselung des Femur unterhalb des Trochanter, Resektion des grössten Teils des Kopfes und des Halses mit dem Meissel, muldenförmige Aushöhlung des Restes, Interposition eines Lappens aus Fettgewebe und einer dünnen Schicht des Glutäus, Befestigung des Lappens am medialen Rand. 14 Tage Gipsverband, dann Nachbehandlung drei Monate, die durch Perforation eines Hämatoms vorübergehend gestört wurde. Nachuntersuchung nach fast 7 Jahren, Dezember 1913: Aktiv völlige Streckung im Hüftgelenk, Beugung bis zu 50 Grad, Gang ohne Beschwerde, beim Treppensteigen kann sie sogar zwei Stufen auf einmal nehmen, Hebung des Beins in Rückenlage, leichte Abduktion, ebenso Adduktion und Rotation aktiv möglich, ebenso Sitzen mit gestreckten Beinen und Knien auf dem Knie der gesunden Seite. Das Röntgenbild zeigt, dass die Meisselfläche des Femur in der Pfanne Aufnahme und Widerlager gefunden hat, und dass der Trochanter major sich teilweise regeneriert hat.

3. 26jähriges Fräulein, mit totaler Ankylose beider Hüftgelenke und eines Handgelenks nach septischem Gelenkrheumatismus. Beiderseits feste Ankylose der Hüftgelenke in Flexion und Adduktion, Sitzen und Gehen kaum möglich. Nach 2jährigem Bestehen der Versteifung beiderseitige Operation in dem Zeitraum von vier Wochen: Lateraler Längsschnitt, Freilegung des Trochanter, Zurückpräparieren der Muskelansätze, Durchmeisselung des Schafts und des Halses über dem erhalten bleibenden Trochanter minor, dann Durchmeisselung des Kopfes, der so in eine neue Pfanne verwandelt wird, Glättung der neuen Gelenkflächen, Diastase dieser beträgt bei extendiertem Bein etwa 5 cm, Interposition eines Lappens aus Faszie und Muskel, Gipsverband in leichter Abduktion, Extension mit 10 kg, nach drei Wochen Nachbehandlung mit Gymnastik, Extension mittelst Knöchellaschen noch einige Wochen fortgesetzt, Behandlung vier Monate. Nach einem Jahr Nachuntersuchung: Linke Hüfte Beugung 80 Grad, passiv 20—25 Grad mehr,



Abduktion 20 Grad von der Mittelstellung aus, Adduktion 10 Grad; rechts Flexion aktiv 80 Grad, passiv 100—110 Grad, Abduktion und Adduktion je 40 Grad, Hebung der Beine aktiv bis zur Senkrechten in Rückenlage, Sitzen sehr gut und Gehen ohne Stock gut möglich.

4. Bei einem weiteren Fall von Ankylose beider Hüftgelenke mit starken Kontrakturen nach Osteomyelitis bekam Pat. beiderseits brauchbare Gelenkfunktion.

5. 54 jähriger Mann mit Arthritis deformans chronica mit unerträglichen Schmerzen in beiden Hüften, Resektion beider Köpfe und Hälse, einerseits Interposition eines Muskelfaszienlappens in die Pfanne, auf der anderen Seite Vernähung der Kapsel über der Pfanne, so dass der Femurstumpf extrakapsulär lag. Befriedigendes Ergebnis nach 2½ Jahren, Schmerzen beseitigt, kann auf ebenem Boden ohne Stock gehen.

Misserfolge der Ankylosenoperationen erlebte V. nur an der Schulter und am Kniegelenk, aber nur neue Ankylosen, kein Schlottergelenk; an der Schulter darf man, aus Furcht vor dem Schlottergelenk, nicht zu sparsam resezieren. Am Ellenbogengelenk bietet die posttraumatische Ankylose die beste Prognose. Klar, München.

24) **Schwarz.** Thermenwirkung bei Gelenkversteifung. (Zschr. f. Balneologie VI, 13.)

Verfasser hat in der Militär-Badeheilanstalt in Teplitz-Schönau eine grosse Anzahl von Gelenkerkrankungen behandelt. Die in acht Jahren behandelten 6232 Patienten litten vorwiegend an Polyarthritis gonorrhoica und metastatischen Prozessen nach septischen Erkrankungen, weniger zahlreich an chronischer Polyarthritis rheumatica, am seltensten an Folgen von Traumen. — Er konnte in erster Reihe die günstige Einwirkung der Thermalbäder auf die Resorption von Exsudaten beobachten.

Bei schweren Kontrakturen empfiehlt Verfasser neben der Thermalbehandlung die Mediko-Mechanik. Bei echten knöchernen Ankylosen dagegen tritt er dafür ein, dass den Patienten die Erfolglosigkeit der Badekur klargelegt werde und ihnen geraten werde, sich der chirurgischen Behandlung zu unterziehen.

Ueber die Heilerfolge in dem in Teplitz-Schönau neu errichteten Radium-Emanatorium will Verfasser erst nach Abschluss seiner diesbezüglichen Untersuchungen berichten.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

25) **Stein, Albert E.** Zur Technik der Diathermiebehandlung der Gelenkkrankheiten. (D. m. W. Nr. 27, 1913.)



Da man jetzt bei der elektrischen Diathermiebehandlung der Gelenkkrankheiten die Sitzungen bis zu 25 Minuten ausdehnt, und es darauf ankommt, dass die Elektroden mit möglichst grosser Oberfläche und sehr fest anliegen, hat St. eine Art Schraubzwingen konstruiert, wie sie die Schreiner zum Festklemmen ihrer Werkstücke zu verwenden pflegen; mit diesen „Behandlungsrahmen", die in drei verschiedenen Grössen für die verschiedenen Gelenke hergestellt werden, ist es möglich, ohne Gehilfen, der ja unmöglich so lange die Elektroden fest andrücken kann, die Behandlung auszuführen. Diese Vorrichtung ist am Fussgelenk nicht verwendbar, da infolge des Hervortretens der Knöchel das Anlegen der Elektroden auf einer breiten Basis, die zur Vermeidung von Verbrennungen unbedingt notwendig ist, hier nicht möglich ist. Für die Füsse hat Verf. deshalb besondere Fusshalter aus Nickelplatten in Form von Einlagen herstellen lassen, die auf einem Grundbrett angebracht sind. Die angewandten Stromstärken schwanken zwischen 0,2 und 1,0 Ampère; es muss streng individualisiert werden, 1,0 Amp. kommt nur bei dem Hüftgelenk zur Anwendung.

Klar, München.

26) **J. Borelius** (Lund). Beiträge zur Osteoplastik. (Bruns Btrge. z. kl. Chir., 88. Bd., 1. H., p. 214.)

Casuistische Mitteilung von 11 Fällen von Osteoplastik (6 Fälle von Pseudarthrosen, 5 Fälle von Kontinuitätsdefekten) aus der chirurg. Klinik in Lund. Es kam nur Autoplastik zur Anwendung, bei den Pseudarthrosenfällen wurde als Transplantat ein Knochenperiostlappen aus der Tibia genommen, bei den Fällen von Kontinuitätsdefekten kam 3 mal ein Tibiastück, 2 mal das obere Ende der Fibula als Ersatz für den oberen Humerusteil einschliesslich des Gelenkendes zur Anwendung. In allen Fällen erfolgte reaktionslose Einheilung des Transplantates. Bei den Pseudarthrosen wurde stets gute Konsolidation erzielt. Ein Fall von Defekt der Tibia mit früherer Osteomyelitis ergab ein geradezu ideales Resultat, auch eine Claviculaplastik und eine Kontinuitätsplastik im Humerus wegen Ostitis fibrosa ergaben gute Heilungen. 2 Plastiken des oberen Humerusendes mit Schultergelenk wegen Sarkom ergaben gutes Heilungs- und gutes funktionelles Resultat.

Baisch, Heidelberg.

27) **v. Baeyer.** Die Wirkung der Gelenkextension. (M. m. W. Nr. 11, 1914.)

Nach Literaturstudien und Experimenten am lebenden Kaninchen stellt Verf. folgende Leitsätze über die Wirkung der Gelenkextension fest:



Die Gelenkextension am Lebenden bewirkt:

1. Verminderung des Druckes der Gelenkflächen aufeinander.
2. Ruhigstellung der Gelenke.
3. Veränderung der Kontaktpunkte der Gelenkflächen.
4. Abnahme des Druckes in nicht gefüllten Gelenken.
5. Vorquellen der Weichteile in das Innere des Gelenks.
6. Verhütung oder Beseitigung von Kontrakturen.
7. Kompression des Gelenkinhalts bei pathologischen Füllungen der Gelenke.
8. Schmerzstillung.
9. Aufhören der nächtlichen Zuckungen bei erkrankten Gelenken.
10. Nachlassen des Fiebers bei Gelenkkrankheiten.
11. Serumabsonderung in das Gelenk.
12. Hyperämie der Weichteile im Gelenk.
13. Hyperämie der Gelenkflächen.
14. Hyperämie der das Gelenk bildenden Knochen bis in beträchtliche Tiefen.
15. Hyperämie der durch die Extension gespannten Muskeln nach Aussetzen der Spannung.

Die Punkte 12 bis 15 dieser Aufstellung sind die neuen Ergebnisse der Versuche des Verfassers, die eine Anzahl von therapeutischen Wirkungen der Extension erklären, die bisher unverständlich waren, wie z. B. die günstige Beeinflussung von tuberkulösen Herden im Knochen in der Nähe von Gelenken ohne Kommunikation mit der Gelenkhöhle, die Beseitigung von Schmerzen, das Aufhören des Fiebers in den Fällen, wo die Fixation der kranken Gelenke allein keine Besserung brachte. Klar, München.

28) **Kautak, J.** Erfahrungen über die Nagelext nsion. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 88. Bd., p. 380.)

Im Anschluss an 15 Fälle von Nagelextension aus dem Augusta-Viktoria-Krankenhaus in Schöneberg (8 Oberschenkel-, 5 Unterschenkel-, 1 Oberarmfraktur) bespricht Verf. ihre Erfahrungen, die als günstig zu bezeichnen sind. Es kam in allen Fällen die Originalmethode Steinmanns zur Anwendung, 5 mal wurde die Nagelextension am Femur, 9 mal am Kalkaneus, 1 mal am Humerus angelegt. In keinem Fall trat eine ernstere Infektion auf, in 7 von 17 Fällen aber trat eine eitrige Sekretion aus dem Nagelkanal auf. Auch in einem Fall von Osteotomia subtrochanterica wegen Beugeankylose und in einem Fall von Osteomyelitis tibiae kam die Nagelextension zur Anwendung. Verf. schliesst mit der Zusammen-



fassung der bekannten Vorteile (allgemeinere Anwendbarkeit, bessere Zugkraft) und der ebenso bekannten Nachteile (Infektionsmöglichkeit, Nagelkanaleiterung, Knochennekrosen), er glaubt aber, dass die Vorteile die Nachteile überwiegen. Baisch, Heidelberg.

29) **Spiegel, N.** Unverschiebbarer Nagelextensionsapparat. (D. m. W. Nr. 25, 1913.)

Nagelfisteln entstehen meist dadurch, dass der Nagel sich während der Extensionsbehandlung öfter seitlich verschiebt und dabei dadurch, dass Teile des Nagels, die sich ausserhalb des Kanals befanden, in diesen hineinkommen, eine Infektion verursachen. Um diesen Zwischenfall zu verhüten, hat Verf. von Windler-Berlin ein Instrumentarium aus folgenden Teilen konstruieren lassen:

1) Ein Bohrer, der gleichzeitig als Extensionsnagel dient; es ist dies ein Stahlstab von 18—20 cm Länge und 4—4½ mm Stärke; das eine Ende ist so abgeplattet, dass es in den Trepanationsapparat hineinpasst.

2) Zwei auf den Extensionsnagel aufsteckbare Kappen von 6—8 cm Länge, mit scheibenförmigem Ende von 3—4 cm Durchmesser und einer kleinen Flügelschraube, um die Kappe auf dem Nagel zu befestigen; an den Scheiben ist je ein Ring angebracht, mit einem Karabinerhaken für die Extensionsschnüre.

Der Nagel wird mit dem elektrischen Trepanationsapparat so eingebohrt, dass die beiden ausserhalb des Knochens befindlichen Teile gleich lang sind. Nach Anlegung des Verbandes werden nun die Kappen auf die Nagelenden so aufgeschraubt, dass die Scheiben dem Verband dicht anliegen; diese Anordnung bietet noch den Vorteil, dass der Zug, der an den Scheiben angebracht ist, möglichst nahe am Knochen erfolgt, so dass das sonst manchmal beobachtete Verbiegen oder Zerbrechen des Nagels unmöglich ist.
Klar, München.

30) **Veith, Adolf.** Erfahrungen mit dem Bergonisieren, einer neuen Methode für Entfettungskuren und Muskelgymnastik. (D. m. W. Nr. 29, 1913.)

Das Instrumentarium zum Bergonisieren besteht aus dem stromerzeugenden Teil, an dem auch die Rheostaten, durch die man die Stromstärken für die einzelnen Körperteile abstimmt, angebracht sind, dem Elektrodenstuhl, den Elektroden und 15 Sandsäcken von je 5 kg Gewicht. Die Methode besteht in einer allgemeinen Faradisation des Körpers; bisher war es unmöglich, grössere Körperpartien längere Zeit mit faradischen Strömen zu behandeln, da das faradische Gefühl dem Pat. schnell unerträglich

wurde. Bergonié fand, dass elektrisch bewirkte Muskelkontraktionen dann schmerzlos sind, wenn sie durch ganz gleichförmige, regelmässig aufeinanderfolgende elektrische Wellen, deren Gipfel nicht zu hoch und nicht zu steil ist, hervorgerufen werden, wobei noch eine stets gleichlange Ruhepause jedem Stromimpuls folgen muss. Die Elektrodenfläche muss möglichst gross sein, so dass die Stromdichte pro Flächeneinheit klein bleibt; dies bewirkt man dadurch, dass man die Rücken- und Sitzfläche eines Lehnstuhls oder Ruhelagers zu grossen Elektrodenflächen macht und weitere grosse Elektroden auf die Unterarme, Leib, Oberschenkel und Waden legt. So versetzt man den grössten Teil der Körpermuskulatur in rhythmische Kontraktionen und dadurch, dass man mit den 15 Sandsäcken die Elektroden fest an den Körper anpresst, wird ein äusserst kräftiges Arbeiten der Muskulatur erreicht, indem die Sandsäcke gleichzeitig als Arbeitswiderstand dienen; die Last von 75 kg wird so in der Stunde 60 mal um 2—3 cm gehoben. Keine andere freiwillige Muskelarbeit kann Aehnliches ohne Ermüdungsgefühl leisten. Verf. gab keine besonderen Diätvorschriften, sondern schränkte nur den Genuss von Fetten, Kohlehydraten und Alkohol etwas ein; in den einzelnen Sitzungen erzielte er Gewichtsabnahmen bis zu 1000 g, nach 24 Stunden bestand im Durchschnitt noch 200—400 g Gewichtsverlust, in 6 Wochen wurden Abnahmen bis zu 15 kg beobachtet. Die Menge des eingeschmolzenen Fetts ist aber grösser als die Gewichtsabnahme anzeigt, da durch die Muskelarbeit viel neue Muskelfasern angesetzt werden. Die erreichte Gewichtsabnahme bleibt konstant, selbst wenn der Pat. sich keinerlei Diätbeschränkungen auferlegt. Das Herz wird bei dieser Kur eher gekräftigt als geschwächt. Verf. empfiehlt die Bergonié-Behandlung auch bei Neurasthenie zur Kräftigung der Muskulatur, bei Atonie der Bauchmuskeln, Obstipation, bei Mastkuren zur Anregung des Appetits, wie überall da, wo man energisch auf die Muskulatur einwirken will. Klar, München.

31) **Salaghi.** Die Wirkung der Heilgymnastik auf die Blutzirkulation im Lichte der Hydrodynamik. (D. m. W. Nr. 27, 1913.)

S. hat experimentell nachgewiesen, dass mechanische Prozeduren, wie Massage und Heilgymnastik, an der Peripherie des Kreislaufs fördernd einwirken, indem sie das Blut aus den Arterien in die Venen pumpen, also umgekehrt wie das Herz; sie haben daher die Tendenz, den Blutdruck in den Arterien herabzusetzen. Die gewöhnlichen Sphygmomanometer geben diese Vorgänge un-



richtig wieder; diese lassen den systolischen Druck höher erscheinen, als er tatsächlich ist, da ihre Werte einen kinetischen Druckanteil mit enthalten, der infolge der Beschleunigung der Zirkulation noch um vieles grösser geworden ist. Klar, München.

32) **Hartmann, K.** Beiträge zur Frage des Sarkoms nach Trauma. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 88. Bd., p. 572.)

Kasuistische Mitteilung von zwei Fällen von Knochensarkomen nach Trauma, wobei in einem Fall der ursächliche Zusammenhang mit dem Trauma anerkannt, im 2. abgelehnt werden musste. Verf. fordert darnach, dass zu den Thiemschen Forderungen über Sarkom als Unfallfolge noch hinzugefügt wird: Der Zeitraum zwischen Unfall und deutlichem Auftreten der Geschwulst muss so gross sein, dass in ihm die Geschwulst, je nachdem sie eine langsame oder rasche Wachstumstendenz hat, sich entwickelt haben kann. Es wird dann noch auf das frühe Auftreten und rasche Wachstum von Lungenmetastasen hingewiesen. Baisch, Heidelberg.

33) **F. H. van Loon**-Gröningen. Frequenz der Heine-Medinschen Krankheit im Norden des Landes. (Het voorkomen der Lickte van Heine-Medin in het Noorden van ons Land. Tydschrift voor Geneeskunde 1914. I. Nr. 6.)

Die Krankheit kommt auch im Norden des Landes ziemlich oft vor. An der psychiatrisch-neurologischen Poliklinik zu Groningen wurden in den letzten Jahren 56 Fälle beobachtet. Die meisten (19) im Jahre 1909. Interessant ist ein Fall von Rezidiv und zwar bei einem jungen Mann im Alter von 21 Jahren. Am meisten erkrankten die Kinder im Frühjahr und im Herbst (40), selten im Sommer (10), und davon die meisten im Alter von 1—2 Jahren, und zwar 18 Knaben und 38 Mädchen.

C. B. Tilanus.

34) **Lampadarius.** Die habituelle Skoliose in den Schulen Griechenlands. (— Ἰατρική Ἐπιθεώρησις — Aug.—Sept. 1912.)

Nach kurzen Vorbemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie und Mechanik der Skoliose, worin nur die älteren Theorien angeführt werden, dagegen alle neueren Forschungen in diesem Gebiet keine Erwähnung finden, teilt L., der angestellter Schularzt ist, mit, dass er unter 2505 untersuchten Schülern 501, also 20 %, skoliotisch fand. Während unter 1735 Knaben 285, also 16,53 %, skoliotisch waren, waren unter 770 Mädchen 216, also 28 %, mit Skoliose behaftet. L. hebt hervor, dass alle diese Skoliosen bei Knaben sowohl wie bei Mädchen leichten bis höchstens ersten Grades waren.



Was das Alter der Kinder betraf, so befanden sich bei Mädchen

zwischen	13	und	12	Jahren	16,6 %	skoliotisch,
„	12	„	11	„	31,0 „	„
„	11	„	10	„	33,3 „	„
„	10	„	9	„	30,0 „	„
„	9	„	7	„	22,2 „	„
und bis	6			„	0,0 „	„

Von Knaben waren skoliotisch

zwischen	15—13	Jahren	16,7 %
„	13—12	„	16,7 „
„	12—10	„	17,0 „
„	10— 8	„	18,1 „
„	8— 6	„	14,3 „

Was die Seite der Skoliose bei diesen Fällen betraf, so fand L. 252, also 50 % rechte, 227, also 47 % linke, und 22 doppelte Skoliosen, worin 13 rechts dorsal, links lumbal und 9 umgekehrt.

L. schiebt alle Schuld der Skoliose der Schule zu, da er die rachitische, und wie er sich ausdrückt, die erbliche (durch Alkoholismus, Lues und schlechte Lebensverhältnisse) nur bei 0,5 % in der Schule antraf. Er schlägt die Einführung von schulhygienischen Massregeln für alle Schulen Griechenlands durch den Staat vor, wenn dieser nicht alle (?) seine Bürger skoliotisch sehen will.

Chrysospathes, Athen.

35) **Engelmann.** Ueber das Liegendtragen der Kinder und die Häufigkeit der Linksskoliosen. (W. kl. W. 1914, 3.)

Durch das einseitige Liegendtragen der Kinder auf dem linken Arm der Mutter oder Pflegerin resultiert eine temporäre, vom Verfasser photographisch und röntgenographisch festgestellte linkskonvexe Krümmung der Wirbelsäule. — Bei einem ganz gesunden Kinde hat dies gewöhnlich keine dauernden schädlichen Folgen, doch konnte Verf. an Leichen sonst normal gebauter Kinder eine stärkere Ausbiegungsfähigkeit nach links konstatieren. — Anders bei Rachitikern. — Hier kann durch die pathologische Knochen- und Muskelbeschaffenheit sich in kurzer Zeit eine fixierte Links-Total-Skoliose entwickeln, die noch durch das spätere Sitzendtragen auf dem linken Arm verstärkt wird. — Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

36) **Lange, F.** u. **Schede, F.** (München). Die Skoliose. (Erg. der Chir. u. Orth., Bd. VII, p. 729.)

Verff. wollen über die neueren Ergebnisse der Skoliosenforschung berichten, wobei sie auf Vollständigkeit verzichten. Sie bringen dabei im Wesentlichen ihre Anschauung und die von der ihrigen

abweichenden nur insoweit sie für die Praxis von Interesse sind. Dadurch erhält aber die Arbeit etwas Einheitliches und gibt eine gute Richtschnur durch das Labyrinth der Skoliosenforschung. —

Das klinische Bild der Skoliose ist durch exakte Untersuchungen aus früherer Zeit schon so bis ins Einzelne erforscht, dass die letzte Zeit darin nicht viel Neues bringen konnte. Es werden daher von den Verff. kurz die einzelnen Formen der Skoliose vom ätiologischen wie vom klinischen Standpunkt aus besprochen, und die pathologisch-anatom. Veränderungen beschrieben. In einem weiteren Kapitel ist dann stets übersichtlich die Behandlung der Skoliose besprochen. Im Vordergrund steht dabei eigentlich die „Verhütung“ der Skoliose, denn mit dem Fortschreiten der Überkrümmung sinken die Aussichten auf wirkliche Heilung rapid. Die gymnastische Behandlung mit aktiven und passiven Übungen wird eingehend geschildert, und durch instruktive Abbildungen veranschaulicht. Die Langeschen Redressions-Lagerungsapparate und die komplizierten Schulthessschen Apparate werden beschrieben und auch das Klappsche Kriechverfahren kurz erwähnt. Dann wird wieder ausführlich die Korsett- und Gipsbehandlung besprochen. Die Korsettbehandlung hat durch Lange eine besondere Modifikation erhalten, die genau beschrieben wird. Bei der Gipsbehandlung wird das Gipsbett, die Gipskorsett-Behandlung nach Calot und Wullstein kurz geschildert, während das Abbottsche Verfahren eingehend dargestellt und kritisch gewürdigt wird, wobei sich Verff. nicht als unbedingte Anhänger dieser Methode bekennen.

Baisch, Heidelberg.

37) **Schanz.** Zur Abbottschen Behandlung der Skoliose. (B. kl. W. Nr. 22, 1913.)

Sch. kritisiert das Abbottsche Verfahren scharf ablehnend. Was Abbott als experimentelle Skoliose zeigte, sei überhaupt keine Skoliose, und was er als Ueberkorrekturen skoliotischer Verbiegungen demonstrierte, waren keine Ueberkorrekturen. Der Student, der von Abbott mit der „experimentellen Skoliose“ vorgestellt wurde, hatte nur eine Thoraxdeformität, keine Skoliose. Röntgenbilder von nach Abbott behandelten Patienten haben gezeigt, dass zwar der Rippenbuckel beseitigt, aber die eigentliche Skoliose nicht beeinflusst war. Es ist ein Irrtum Abbotts, wenn er glaubt, eine skoliotische Verkrümmung in Ueberkorrektur einstellen zu können. Das Redressement ist lediglich ein Mittel zur Korrektion der skoliotischen Deformität, nicht zur Heilung der Skoliose; es schaltet nicht den deformierenden Prozess der Skoliosenbildung aus, sondern



facht ihn sogar an, so dass, wenn es nicht gelingt, durch entsprechende Massnahmen diese Anfachung des Deformationsprozesses unschädlich zu machen, durch das Redressement eine Verschlimmerung verursacht werden kann. Wir besitzen aber noch kein Mittel, den skoliosierenden Prozess völlig zu beherrschen. Wer erst das Wesen der Krankheit, die den Wirbelknochen bei schweren Skoliosen die Tragkraft nimmt, erkannt und ein Mittel dagegen gefunden haben wird, erst der wird eine Skoliose wirklich heilen können. Klar, München.

38) **Ombrédanne.** Le greffon osseux scapulaire. (Paris médical IV, 1.)

Verfasser hat Albees Operation zur Imobilisation der erkrankten Wirbel bei Spondylitis dahin modifiziert, dass er an Stelle des Tibiaspanes eine Spange aus dem medialen Rande der Skapula nahm, die er durch einen parallel zum Margo spinalis angelegten Schnitt gewonnen hat. Die Operationstechnik schildert Ombrédanne als einfach, die Operation gelang in allen 5 Fällen. Die Resultate selbst sind sämtlich ungünstig. Das erste Kind starb 4 Monate nach der Operation an Meningitis tuberculosa, 2 Kinder bekamen kalte Abszesse mit Fistelbildung, 2 Kinder zeigten keine weiteren Komplikationen. Bei allen 4 Kindern aber liess sich ein Stärkerwerden des Gibbus konstatieren.

Verfasser beleuchtet alle Ursachen, die zum Misslingen der Operation beigetragen haben können. Die Möglichkeit, dass das Implantat nicht eingeheilt ist, verwirft Verfasser, da er sich durch Sektionen des verstorbenen Kindes vom Gegenteil überzeugen konnte. Auch der Umstand, dass die Knochenspange dünner als der Tibiaspan gewesen und dadurch erweicht ist, ist nach des Verfassers Ansicht für das schlechte Resultat nicht ausschlaggebend. Als Hauptursache lässt er den Umstand der verschiedenen Indikationsstellung zwischen seinen und Albees Fällen gelten. Während Albees gleich im Anfangsstadium operiert hat, waren O.s Patienten bereits im vorgeschrittenen Krankheitsstadium. Verschieden waren auch die äusseren Umstände, unter denen die Kranken zur Operation kamen. Albees Patienten befanden sich in guter Luft am Meeresstrande, die des Verfassers in den ungünstigen sanitären Verhältnissen eines Pariser Hospitals.

Verfasser schlägt vor, die Operation nur in den Fällen auszuführen, da die Gefahr eines schweren Gibbus und langdauernde Schmerzhaftigkeit besteht, er verwirft die Operationsbehandlung im



Anfangsstadium der Erkrankung, wo man mit konservativer Behandlung noch gute Erfolge erzielen kann.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

39) **Betke** „Skapularkrachen". (Bruns Btrge. z. klin. Chir., 88. Bd., p. 31.)

Verf. gibt die Geschichte der Erkrankung, die besonders durch Küttner (1904) wieder allgemeines Interesse gefunden hat. Die Erkrankung ist bisher nur in 28 Fällen beobachtet. Verf. reiht diesen 3 eigene Beobachtungen an. Die Ursache kann liegen an: 1. Veränderungen an Rippen oder Skapula. (Frakturen, Periostitis, Exostosen). 2. Veränderungen an den Muskeln. (Atrophie des M. subscapularis oder Muskelvarietäten). 3. Subskapuläre Schleimbeutel. 4. unbestimmbaren Veränderungen. Die Therapie muss von der fortgesetzten Ursache abhängig sein, so ist die Zahl der eingeschlagenen Behandlungsarten eine grosse. Relativ am häufigsten wird die operative Behandlung eintreten müssen, die entweder die vorhandenen Ursachen beseitigt, oder durch Zwischenlagerung von Fett od. Muskel die Knochenreibungsflächen polstert.

Baisch, Heidelberg.

40) **W. Stoecklin** (Basel). Die Frakturen des Capitulum und Collum radii. (Bruns Btrge. z. klin. Chir., 87. Bd., p. 641.)

Auf Grund eines Materials von 26 Fällen aus der Baseler chirurgischen Klinik und Poliklinik bespricht Verf. die Ätiologie, Symptomatologie und Diagnostik, und die Prognose und Therapie der Frakturen des capitulum und collum radii.

Da die genauere Kenntnis dieser Frakturform dem Röntgenbild zu verdanken ist, werden die Röntgenbefunde genauer wiedergegeben. Dabei sind jeweilige Aufnahmen in 2 zueinander senkrechten Ebenen unbedingt erforderlich, da nur dann mit Sicherheit die oft feinen Fissuren erkannt werden können. Die klinische Diagnose kann auch bei genauer Untersuchung nur die Wahrscheinlichkeit einer Fraktur der oberen Radiusepiphyse geben, erst das Röntgenbild gibt den anatomischen Befund, was zugleich für die Therapie wichtig ist, denn alle Absprengungen am Radiusköpfchen oder das dislozierte Köpfchen selbst verlangen ein operatives Vorgehen wegen der möglichen Bildung freier Gelenkkörper. Die Endresultate der konservativen wie der operativen Therapie sind im ganzen gute, die der konservativen (weil gewöhnlich die leichteren Fälle) meist noch bessere. Aber auch die 12 operativen Fälle ergaben bei Verf. neunmal ein befriedigendes und nur dreimal ein schlechtes Resultat.

Baisch, Heidelberg.



41) **Burckhardt, H.** Spontane Luxation und Subluxation im Handgelenk. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 88, p. 403.)

Verf. schildert ausführlich einen Fall von spontaner doppelseitiger Verrenkung des Handgelenkes, die zunächst grosse Ähnlichkeit mit der Madelungschen Deformität hat, aber als patholog. Luxation durch eine Infektionskrankheit des Gelenkes, die in diesem Fall sicher keine Tuberkulose war, aufzufassen ist. Ein abschliessendes Urteil über diese Fälle ist noch nicht möglich. Verf. stellt dann zusammen, was in der Literatur sonst über spontane Luxationen und Subluxationen, besonders solche des Handgelenkes, bekannt ist. Baisch, Heidelberg.

42) **Baum, C. W.** (Kiel). Ueber die traumatische Affektion des os lunatum und naviculare carpi. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 87. Bd., p. 568.)

Es werden ausführlich zwei Fälle von isolierter Fraktur des os lunatum carpi mitgeteilt, wobei die längere Zeit nach dem Trauma aufgetretenen Beschwerden zur Exstirpation des Knochens zwangen. Die genaue histologische Untersuchung ergab nur regenerative, knochenbildende Prozesse, keine degenerativen oder resorbierenden, sodass Verf. eine primäre Fraktur des os lunatum mit zum Teil pseudarthrotischer, zum Teil sehr unvollständiger kallusbildender Heilung annimmt. Er tritt damit der von Preiser und Kienböck, die ähnliche Affektionen beschrieben haben, geäusserten Ansicht entgegen, wonach es sich um primäre Brüchigkeit des Knochens und sekundäre Spontanfraktur handeln soll. Die von Wollenberg angeführte Osteodystrophia cystica lehnt Verf. ebenfalls ab, da er in seinen histologischen Präparaten keinerlei abbauende Prozesse fand. Durch eine primäre längere Ruhigstellung nach der Verletzung glaubt Verf. eventuell solche mangelhafte Kallusbildung vermeiden und primäre Heilung erzielen zu können.

Baisch, Heidelberg.

43) **Thomas.** Ein Fall von Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und einer eigenartigen Ohrmuscheldeformität. (Zschr. f. Kinderheilk., X, 2, 3.)

Verfasser beschreibt ein Kind, dessen abnorm lange Hände und Füsse den Eltern sogleich nach der Geburt aufgefallen sind.

Hände und Füsse sind sehr schmal und lang, der Kalkaneus spornförmig vorspringend, feine membranöse Adhäsionen befinden sich zwischen den Phalangen der Zehen. Auch die Ohrmuscheln zeigen starke Missbildungen.

Die Frage, ob die innersekretorischen Drüsen des Embryos



imstande sind, seine eigene Körperform zu beeinflussen, hat Verfasser anderwärts erörtert. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

44) **Biesenberger, H.** (Graz). Operatives Verfahren, um den von Geburt abnorm stehenden Daumen den anderen Fingern gegenüberstellbar zu machen. (Bruns Beitr. zur klin. Chir., 88. Bd., p. 566.)

Bei einem Fall von überzähligem Daumen, bei dem der reguläre Daumen mit den übrigen Fingern in einer Ebene stand und so nicht opponiert werden konnte, hat v. Hacker den überzähligen Daumen exzidiert und an dem regulären Daumen den Metakarpus an der Basis durchtrennt und um 90° gedreht und in dieser Stellung fixiert. Das kosmetische und vor allem das funktionelle Resultat war vollkommen befriedigend und vorzüglich.

Baisch, Heidelberg.

45) **Fr. Meyer.** Die Behandlung des varikösen Symptomen complexes nach Rindfleisch-Friedel u. deren Erfolge. (Bruns Btrge. z. klin. Chir., Bd. 89, p. 276.)

Verf. berichtet über 24 Fälle mit 30 Operationen des Rindfleischschen Spiralschnittes wegen varikösen Symptomen komplexes aus dem Kantonspital in Aarau. Von 24, wegen Ulcera cruris operierten Beinen heilten 15 primär aus. Bei den nur gebesserten oder ungeheilten (4 Fälle) Fällen war die geringe variköse Entartung der Hautvenen auffallend, sie waren wohl durch tiefe Varizen bedingt, und bei diesen ist durch die Rindfleischsche Methode kein Erfolg zu erzielen. Baisch, Heidelberg.

46) **Hertzell, Karl.** Uebungsbehandlung bei Littlescher Krankheit mit Hilfe einer neuen Gehstütze. (B. kl. W. Nr. 23, 1913.)

Ein 12jähriges Mädchen mit Littlescher Lähmung lernte trotz Tenotomien nicht gehen. Erst, nachdem man ihr eine Gehstütze gemacht hatte, indem man zwei Stöcke durch 2 parallele Stäbe miteinander verband, brachte man das Kind auf seine Beine. Zwei einzelne Stöcke weichen bei dem Versuch, sich ihrer als Stütze zu bedienen, seitlich aus. Ausser diesem Doppelstock verwendete Verf. bei der Behandlung das Klappsche Kriechen, um die Unfähigkeit, die Oberschenkel gegen das Becken zu beugen, zu bekämpfen, mit gutem Erfolg. Klar, München.

47) **W. Bigler.** Ueber einen Fall von erworbenem Riesenwuchs der rechten unteren Extremität. (Bruns Btrge. z. kl. Chir., 89. Br., p. 269.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles, bei dem es sich um erworbenen partiellen Riesenwuchs der rechten unteren Extremität



handelte. Bei der Geburt waren beide Beine gleich gross gewesen, vom Nabel herab über das ganze rechte Bein erstreckt sich ein ausgedehnter Naevus vasculos. Auf die durch diesen Naevus bedingten Gefässanomalien führt Verf. die Ursache des Riesenwuchses zurück, nachdem er die anderen atiologischen Möglichkeiten kurz besprochen hat.

Die Knochenveränderungen bestehen zum grössten Teil in einer Verlängerung, ausserdem in einer geringen Verbreiterung des epiphysären Teiles. Die Weichteilveränderungen bestehen in Verdickung und Induration der Haut und des Unterhautzellgewebes. Die Knochen- u. Weichteilveränderungen nehmen von unten nach oben progressiv ab, worin Verf. einen Beweis für die Abhängigkeit von der venösen Stase sieht. Baisch, Heidelberg.

48) **Perrin.** Un cas d'arrêt de développement du fémur. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 285.)

Beobachtung einer partiellen angeborenen Verkürzung des oberen Femurteiles, Missbildung des coxo-femoralgelenks und des Ilium, die auf ein Entstehen einer Hüftluxation auf dieser Seite hinweisen. Das Kind ist jetzt 24 Tage alt, es wäre interessant, zu verfolgen, ob nach einigen Monaten sich nicht eine richtige linksseitige Hüftgelenksluxation ausgebildet haben wird. In der Familie keine Missbildungen, kein Trauma in utero nachweisbar.

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Lamy.** Luxation congénitale double des hanches. Ostéotomie des deux côtés. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 471.)

Ein Mädchen wurde wegen eines Hüftleidens bis zum 15. Lebensjahr als Coxalgie behandelt. Das Gehen war unmöglich geworden. Schliesslich stellte man die richtige Diagnose: doppelseitige kongenitale Hüftgelenksluxation. Da das Alter für einen andern operativen Eingriff schon zu vorgerückt war, begnügte man sich mit subtrochantärer beidseitiger Osteotomie und erreichte ein gutes funktionelles Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Redard.** Des complications tardives après les opérations de réductions non-sanglantes des luxations congénitales de la hanche. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 8, p. 229.)

Jahrelang nach erfolgreich vorgenommener Hüftgelenksreduktion sieht man bei manchen Kranken Knochenstörungen auftreten, die sich als coxa vara oder valga, Resorption von Femurkopf und -Hals, Deformitäten der Femurdiaphyse, der Tibia und Fibula dokumentieren.



Es handelt sich um eine destruktive Osteïtis mit tiefliegender Dekalzifikation, die ursprünglich in den Epiphysenkernen sitzt, und um einen Mangel an Widerstandskraft im Femurschaft, der dem wachsenden Körpergewicht nicht gerecht zu werden vermag. Prädisponierend für diese Komplikationen sind: lange Immobilisierung im Gips, Reduktionstraumen bei älteren Individuen, Gehen in fehlerhaften Stellungen. Die eigentliche primäre Ursache dieser trophischen Störungen ist unbekannt. Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Lance.** L'appareil plâtré en deux parties dans le redressement des positions vicieuses de la hanche. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 134, p. 2125.)

Besonders für den Praktiker empfiehlt Verf. zur Richtigstellung fehlerhafter Positionen im Hüftgelenk einen zweiteiligen Gipsverband. Ohne Anästhesie wird beim Kranken die untere Extremität in so falsche Stellung gebracht, dass die kompensatorische Beckendeviation vollkommen ausgeglichen ist. Nun wird ein genauer Gipsabguss des Beckens, Thorax bis unter die Brustwarzen und ein anderer, Fuss, Unterschenkel, Knie in ca. 30° Flexion (um ein genu recurvatum durch angespannte und später erschlaffende hintere Bänder- und Kapselpartien zu vermeiden) und die unteren ²/₃ des Oberschenkels umfassend angefertigt und so lange gewartet, bis die Apparate ganz trocken geworden sind. Dann Anästhesie des Kranken. Anlegen des oberen Apparates, des unteren. Korrektion der falschen Stellung im Hüftgelenk. Darauf Verbinden der zwei Gipsapparate durch Gipsbindentouren. Die Anästhesie muss solange dauern, bis die vereinigenden Gipstouren auch ganz trocken geworden sind. Gute Polsterung des Kreuzbeins ist unbedingt nötig, da der Kranke beim Erwachen sofort sucht, den Oberschenkel zu beugen und dabei am Sakrum der grösste Druck ausgeübt wird. Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Lance.** Un cas de coxa valga congénitale double avec subluxation d'un côté. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 269.)

Nachdem Verf. kurz zuvor (im Januarheft Nr. 1 dieser Revue) einen Fall der relativ seltenen doppelten angeborenen coxa valga publizieren konnte, kam neuerdings ein 11jähriges Mädchen mit demselben Leiden in seine Behandlung. Beiderseits war Verlängerung des Schenkelhalses zu konstatieren, rechts eine Subluxation des Femurkopfes. Die Beschwerden bestanden einzig und allein in Hinken von klein auf, das sich aber zusehends verstärkte. Deshalb wurde eine Behandlung aufgenommen, wenn auch von einem operativen Eingriff von vornherein wegen des vorgeschrittenen Alters

des Kindes abgesehen wurde. Auf der subluxierten rechten Seite wurde das Bein in Mittelstellung (leichte Einwärtsrotation und Abduktion zur Vertiefung der Pfanne) für 6 Wochen in Gips gelegt. Später soll die Muskelkraft des Beines durch Massage und Elektrisieren gehoben werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Schwarz, E.** Über die Coxa vara congenita. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 87, p. 685.)

Verf. konnte in drei Fällen, bei denen er aus den früheren Röntgenbildern die Diagnose Coxa vara cgta. hatte stellen können, eine Nachuntersuchung vornehmen, und so den Befund und den Verlauf bei der kongenitalen Form der Coxa vara studieren. Nach seinen Untersuchungen ist als Charakteristikum für die Coxa vara cgta. die eigenartige Veränderung des Schenkelhalses anzusehen, die in einer breiten Aufhellungslinie, die lateral neben der eigentlichen Epiphysenlinie den Hals in ungefähr vertikaler Richtung durchsetzt, während die Epiphysenlinie medial davon als schmälerer Spalt zu erkennen ist. Durch die Epiphysenlinie und die vom Verfasser so genannte „Schenkelhalsfuge" wird ein keilförmiges Knochenstück begrenzt, das mit dem Kopfteil fester verbunden ist als mit dem Hals. Diese eigenartigen Verhältnisse blieben Jahre lang bestehen. Im weiteren Verlauf kommt es durch Verschiebung in der Schenkelhalsfuge, nicht der Epiphysenlinie, zur Verkleinerung des Neigungswinkels und zu charakteristischen Veränderungen an Becken und Pfanne. Es kann auch zu völliger Lösung in der Schenkelhalsfuge kommen, wobei das keilförmige Knochenstück am Kopfteil haften bleibt. Verfasser wendet sich gegen die Theorie, dass es sich um eine kongenitale Schenkelhalsfissur oder Druckwirkung oder Ähnliches handeln soll, auch die Drehmannsche Annahme, dass die Coxa vara congenita die Vorstufe des Femurdefektes bilde, scheint ihm nicht den Grund der Frage zu fassen. Er sieht die tiefere Ursache in Ernährungsstörungen im Bereich der den Schenkelhals versorgenden Gefässgebiete, besonders im Verbreitungsbezirk der sogen. unteren Kollumgefässe.

Baisch, Heidelberg.

54) **Elmslie.** Coxa vara, its pathology and treatment. (London Henry Trowde, Alodder and Stoughton Oxford university press. 1913.)

Unter Ausschluss des Symptomenkomplexes nach entzündlichen Vorgängen (Epiphysitis, Tuberkulose), der ein ähnliches klinisches Bild hervorrufen kann, wie die eigentliche Coxa vara, deren pathologische Vorgänge sich aber speziell im Femurhals abspielen (dort im Kopf), bespricht V. die anatomische Entwickelung des Femur-



halses, das Auftreten der coxa vara bei Kindern und bei Erwachsenen (in beiden Kategorien können Traumen verschiedenster Art oder Rhachitis, resp. Spätrhachitis verantwortlich gemacht werden), ihre Symptome, Behandlung und fügt Photographien und Radiogramme eigener Beobachtungen hinzu. Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **W. Böcker** (Berlin). Die Resultate der blutigen Behandlung der tuberkulösen Hüft- und Kniegelenksdeformitäten. Mit 27 Abbildungen. (Zeitschr. f. orth. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 188—205.)

Verf. schildert sechs Fälle von tuberkulöser Koxitis und zwei von tuberkulöser Gonitis, die in seiner Klinik zur operativen, blutigen Behandlung kamen. Die Krankengeschichten sind durch Photographien und Röntgenbilder illustriert. B. steht im allgemeinen auch auf dem heute herrschenden Standpunkt, dass die konservative Behandlung der tuberkulösen Hüft- und Kniegelenkserkrankung der operativen in jeder Weise überlegen ist, dass die letztere nur in Ausnahmefällen ihre Berechtigung hat. Gegen auftretende Deformitäten kommen an der Hüfte in erster Linie die subtrochantere, bezw. bei hochgradigen Deformitäten die pelvitrochantere Osteotomie in Betracht, am Knie die paraartikuläre Osteotomie, ev. in Form eines Keils bezw. die Keilresektion. Natzler, Mülheim-Ruhr.

56) **Gasne.** Atrophie du col fémoral consécutive à une ostéomyélite de la premiere enfance. Coxa vara. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 3, p. 281.)

Im Alter von 5 Monaten hatte das jetzt 5jährige Mädchen einen Glutoalabszess, der während eines Monats eiterte. Angeblich keine Sequesterabstossung. Seit den ersten Gehversuchen Hinken, Verkürzung des linken Beines, Aussenrotation. Das Röntgenbild zeigt eine deutliche Atrophie des linken Femurhalses, die Gelenkfläche sitzt direkt der Innenseite des grossen Trochanter auf. Gelenkpfanne wenig vertieft. Das Schambein der kranken Seite ist durchscheinender als rechts. Jedenfalls handelt es sich um die Folgen einer Osteomyelitis in frühestem Kindesalter.

Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **E. Schwarz** (Tübingen). Was wird aus der Schenkelhalsfraktur des Kindes? (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 88 Bd., p. 125.)

Verf. bringt aus der Tübinger chirurg. Klinik 5 Fälle — dazu einen 6. an anderer Stelle veröffentlichten — (Bruns Btrge., Bd. 87.) ausführlich mit Röntgenbildern, an Hand deren er nachweist, dass auch im jugendlichen Alter die Schenkelhalsfraktur zu ihrer Entstehung einer sehr energischen Gewalteinwirkung bedarf, und



subjektiv wie objektiv sofort die Erscheinungen einer Gelenkfraktur darbietet. Die Fraktur ist anatomisch eine intertrochantere, Einkeilung ist dabei selten. Bezüglich der Heilung gibt die kindliche Schenkelhalsfraktur der des mittleren oder höheren Alters an mangelhafter Heilungstendenz nichts nach, sie ist nur durch einen auffallend raschen Wiedereintritt der Gebrauchsfähigkeit des Beines ausgezeichnet. Die Prognose ist insofern günstig, als schliesslich immer eine knöcherne Konsolidation eintritt, relativ selten ist aber die ideale Ausheilung mit klinisch und röntgenologisch völlig normalem Befund. Die grosse Mehrzahl verheilt in ausgesprochener Coxa vara-Stellung, woran wahrscheinlich die frühe Belastungsmöglichkeit die Hauptschuld trägt. In einzelnen Fällen kann es zu progredientem Schenkelhalsschwund mit völliger Epiphysenlösung, oder auch zu schwerer Gelenkdeformierung kommen. Baisch, Heidelberg.

58) **M. Brandes** (Kiel). Zum Entstehungsmechanismus der typischen Frakturen des atrophischen Femurs. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 88, p. 580.)

Verf. hat bereits früher (Bruns Beitr., Bd. 82) dargelegt, dass er die Entstehung der typischen Frakturen des atrophischen Femur auf eine plötzliche Streckung des kontrakten Kniegelenkes zurückführte, wodurch das atrophische Femur auf Biegung beansprucht wurde. Es war ihm nun gelungen, durch die Ausführung dieser Fraktur beim Menschen den strikten Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung zu bringen. In 4 von 6 Fällen ist es gelungen, nach längerem, etwa 6—8 Wochen Eingipsen bei gebeugtem Knie die Atrophie und die Kniegelenkkontraktur zu erhalten und dann durch plötzliche Streckung des Unterschenkels die suprakondyläre Fraktur zu erreichen. Die Osteoklasie wurde zur Beseitigung allzugrosser Anteversion bei Fällen von kongenitaler Hüftluxation gemacht. Baisch, Heidelberg.

59) **Bilhaut.** Un cas de fracture du col du fémur traité par le clouage des fragments. Guérison. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 5, p. 129.)

Bilhaut, Vater und Sohn, empfehlen eine von ihnen ausprobierte Nagelungsmethode bei Schenkelhalsbruch, besonders geeignet bei nicht zu alten Patienten und solchen Fällen, wo sowieso der Zustand ohne operative Hilfe zu einem unerträglichen wird. Sie brauchen gewöhnliche gut sterilisierte Tischlernägel von entsprechender Länge dazu, einen zur Durchbohrung des Schenkelhalses und Fixation in den Femurkopf, den anderen zur Fixation des ersten Nagels. Das Operationsresultat bei dem beschriebenen Fall,



einer 54 jährigen Frau, war ein ideales, jetzt nach 2 Jahren braucht sie die beschädigte Extremität wie vor dem Unfall, die metallischen Fremdkörper werden gut toleriert. Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **E. Klopfer** (St. Petersburg). Zur Frage der traumatischen Epiphysenlösung. (Bruns Btrge. z. kl. Chir., 89 Bd., p. 435.)

Mitteilung eines Falles von traumatischer Lösung der unteren Femurepiphyse mit starker Dislokation: dadurch entstanden, dass das Kind in die Speichen eines sich drehenden Rades geriet. Die Reposition musste blutig vorgenommen werden, das funktionelle Resultat war sehr gut. Im Anschluss daran werden noch 3 Fälle von Lösung der unteren Tibiaepiphyse angeführt, bei denen die Reposition unblutig leicht gelang. Baisch, Heidelberg.

61) **Joüon.** Décollement itératif traumatique de l'épiphyse supérieure du fémur. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 455.)

Die Publikation betrifft einen schon früher besprochenen Fall von traumatischen Epiphysenlösung am oberen Femurende bei einem 14 jährigen Jungen mit idealem Heilungsresultat. Wieder leichtes Trauma desselben Oberschenkels und Wiederholung der Epiphysenlösung. Gute Reduktion, Gipsverband für 8 Wochen, darauf Bettruhe für noch 3 Monate. Leichte Massage wurde solange gemacht. Spontane Wiederkehr der Flexions- und Abduktionsbewegungen. Heilung ohne Verkürzung mit guter Funktion. Diejenigen, die schon einmal eine Epiphysenlösung durchgemacht haben, neigen immer wieder dazu. Deshalb lange nach Abnahme des Gipsverbandes noch Ruhe einhalten lassen, später Schutzapparate für die betreffende Extremität anfertigen, einen ruhigen Beruf mit möglichst sitzender Lebensweise dem Patienten anraten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

62) **E. Schwarz** (Tübingen). Zur Frage der spontanen Epiphysenlösung im Kindesalter. (Bruns Btrge. z. klin. Chir., 87. Bd., p. 709.)

Im Anschluss an einen von v. Brunn früher (Deutsche Chirurg.) beschriebenen Fall teilt Verf. 2 weitere Fälle von spontaner Lösung der oberen Femurepiphyse bei Kindern mit. Er konnte daraus feststellen, dass es an der oberen Femurepiphyse nie zu einer plötzlichen, traumatischen Lösung mit sofort erkennbarer Dislokation kommt, sondern dass erst eine Lockerung der Epiphyse durch geringfügige Gewalt eintritt und erst langsam darnach die Epiphyse durch den Druck der Körperlast abrutscht. Es kann zu völliger Trennung von Kopfkappe und Hals kommen. Als tiefere Ursache für die beobachtete Atrophie des Schenkelhalses und dadurch be-



dingte Prädisposition für die Epiphyseolyse kommt nach Verf. eine Ernährungsstörung in Betracht, die in analoger Weise, aber in streng von den anderen zu scheidenden Fällen zu der sog. spontanen Schenkelhalsfraktur führt, die nach Verf. mit der Lösung in der von ihm so genannten Schenkelhalsfuge bei Coxa vara congenita (s. d. Referat) identisch ist. Baisch, Heidelberg.

63) **Bähr, Ferdinand.** Aus der Pathologie des Kniegelenks. (D. m. W. Nr. 30, 1913.)

1. Ein Fall von Patellasporn: Ein 47jähriger Maschinenformer wurde wegen Verdachts auf Tuberculosis genau durchleuchtet; man fand am oberen Rand der Patella eine deutliche Spornbildung als Ursache der Beschwerden, die in Schmerzen im Gelenk und zeitweiligen Anschwellungen des Gelenks bestanden.

2. Bei einem 26jährigen Mann, der sich beim Sprung über das Turnpferd gegen das Kniegelenk gestossen hatte, fand Verf. am unteren, hinteren Rand der Kniescheibe eine traumatische Spornbildung.

3. Ein 25jähriger Schmied verspürte beim Abspringen von der Strassenbahn einen heftigen Schmerz im rechten Knie, mit dem er eingeknickt, aber nicht gefallen war. Erguss ins Gelenk, später noch Schmerzen und spannendes Gefühl im Gelenk bei Gebrauch. Geringe Behinderung in der Beugung, knackendes Geräusch bei Bewegungen, Patella nicht vergrössert, aber auf der Hinterseite sieht man auf dem Durchleuchtungsbild eine Verdickung, die so erklärt wird, dass aus der hinteren Wand ein Stück herausgebrochen ist; es liegt also ein unvollständiger „Frontalbruch“ vor.

4. Ein 48jähriger Mann stiess mit dem Knie gegen einen eisernen Wagentritt. Nach $2^1/_2$ Jahren noch spannendes Gefühl beim Beugen auf der Streckseite, Schmerzen bei längerem Gehen, Gefühl der Lähmung, vorübergehende Anschwellung nach Anstrengung. Bei rechtwinklig gebeugtem Knie fühlte man am oberen inneren Rollenrand eine druckempfindliche leichte Auftreibung: traumatische „Marginitis“.

5. Zuweilen findet man bei jugendlichen Individuen folgendes Krankheitsbild: es stellt sich ziemlich plötzlich eine leichte Kontrakturstellung des Kniegelenks ein, gelegentlich verbunden mit Spitzfusstellung. Der Befund ist negativ bis auf starke Druckempfindlichkeit an den Beugesehnen; der Versuch, das Gelenk zu strecken, verursacht heftigen Schmerz. Es handelt sich bei diesen Fällen, die oft als „Hysterie“ bezeichnet werden, um eng begrenzte ent-





zündliche Erscheinungen in den Sehnen oder deren nächster Umgebung. Klar, München.

64) **Frey.** Luxation im Kniegelenk mit Inversion der Patella. (Dtsch. Ztschrft. f. Chir. Bd. 125, H. 1—2, p. 175.)

Eine durch ein Automobil zur Seite geschleuderte Frau erlitt eine Luxation im Kniegelenk nach hinten mit gleichzeitiger Rotation des Unterschenkels nach aussen um 90°, eine laterale Luxation und vollständige Inversion der Patella, und eine in das Gelenk reichende Weichteilverletzung. Die Reposition war nur auf blutigem Wege möglich, und da sich nachträglich eine Subluxationsstellung des Kniegelenks bildete, musste die Resektion desselben ausgeführt werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

65) **Robinson.** Torn semilunar cartilages. (The Brit. med. Journ. 17 I, p. 133.)

Verf. sagt Allgemeines über die Abreissung der halbmondförmigen Knorpel im Kniegelenk und bespricht die von ihm selbst geübte Technik der Operation. Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **R. Dax.** Ueber Pagetsche Knochenerkrankung. III. Versamml. (Bruns Btrge. z. klin. Chir., 88. Bd. p. 641.)

Vorstellung eines Falles von Paget'sche Knochenerkrankung, der Ostitis deformans. Ein typisches Krankheitsbild, der in zunehmender Deformierung bestimmter Knochen bes. des Schädels, Tibia, Femur, Becken, Wirbelsäule, Clavicula, Rippen u. Radius besteht. Differentialdiagnostisch sind Ostitis fibrosa, Knochensyphilis u. Leontiasis ossea auszuschliessen. Die Aetiologie ist unklar, die Therapie machtlos. Baisch, Heidelberg.

67) **Hilgenreiner, H.** (Prag). Die Extensions- und Flexionsfrakturen am unteren Ende der Tibia und Fibula. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 87. Bd., p. 384.)

Die Untersuchungen des letzten Dezennium, besonders die regelmässige Röntgenuntersuchung in 2 aufeinander senkrecht stehenden Ebenen haben ergeben, dass neben den typischen Knöchelbruchformen, der Supinations- und der Pronationsfraktur, noch andere ebenso typische Verletzungen an dem unteren Ende der Tibia und Fibula vorkommen. Es ist dies einmal die Extensionsfraktur der Tibia, wobei an der Hinterseite der Tibiagelenkfläche ein Keil abgetrennt wird, meist mit Fibulafraktur und Luxation oder Subluxation des Fusses nach hinten verbunden. Zweitens die seltenere Flexionsfraktur der Tibia mit Absprengung eines Keiles an der Vorderseite des Knochens, seltener mit Fraktur der Fibula oder mit Luxation des Fusses nach vorne vereinigt. Auch an der



Fibula kommen diese Formen der Extensions- und Flexionsfrakturen vor und charakterisieren sich durch ihren besonderen Verlauf der Bruchlinien, der nur durch das Röntgenogramm sicher zu stellen ist. Therapeutisch ist besonders die Kenntnis der Tibiafrakturen wichtig, weil bei Uebersehen derselben falsche Repositionsversuche gemacht werden. Baisch, Heidelberg.

62) **Chaput.** Fractures malléolaires irréductibles. (Rev. d'orthopéd. 24 e année, Nr. 4, p. 301.)

V. schlägt vor, bei Malleolarfrakturen mit starker Deviation der Fragmente und spitzem Vorspringen eines Knochens, nur diesen letzteren abzutragen und, statt eine ausgiebige Resektion aller Knochenenden zu machen, sich auf eine Reduktion der Fragmente in der Achse der Extremität zu beschränken, so vollständig eine solche eben gelingt. In 4 Fällen sah er so gute funktionelle Resultate, wenn auch vielleicht die Radiogramme der Knochen nicht gerade den idealen anatomischen Verhältnissen entsprechen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

69) **Kirmisson.** La malformation de l'articulation tibiotarsienne connue en Allemagne sous le nom de déformation de Volkmann. (Rev. d'orthopéd. 24 e année, Nr. 5, p. 385.)

Zwei eigene Beobachtungen der Volkmannschen Fussgelenksmissbildung mit Photographien und Radiogrammen werden mitgeteilt. Sie ist keine kongenitale Luxation im tibiotarsalen Gelenk, sondern die Folge eines abnorm schiefen Verlaufes des Gelenkspaltes. Verläuft er (das häufigere) nach unten und innen, so resultiert eine Valgusstellung, nach unten und aussen — eine Varusstellung des Fusses daraus. Die Anomalie wird durch eine Wachstumshemmung des unteren Teiles der Fibula (häufiger) oder der Tibia bedingt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

70) **Wegner** (Posen). Ueber die Luxation des Fusses im Talocruralgelenk nach oben. (Bruns Btrge. z. klin. Chir., 88. Bd., p. 273.)

Die sehr seltenen Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk nach oben wurden früher meist nicht zu den Luxationen gerechnet, sondern der Hauptwert auf die meist begleitende Fraktur gelegt. Verf. schildert nun einen Fall, entstanden durch Hängenbleiben in den Sprossen einer Leiter, wobei Talus und Fibula in normaler Stelluug geblieben, die Tibia dagegen vollkommen nach aussen gedreht ist, sodass der Talus in einer breiten Gabel von Tibia und Fibula steckt. Ausser einem kleinen Abriss am unteren Tibiaende war keine Fraktur vorhanden. Es handelt sich also eigentlich um eine



Verschiebung der Tibia, Verf. will aber doch diese Verletzung richtiger zu den Luxationen gezählt haben. Das Hauptsymptom ist die Verbreiterung des Fussgelenkes durch das Auseinandertreiben von Tibia und Fibula. Das Röntgenbild ergibt den sicheren Aufschluss über die Art der Verletzung.

Die Reposition gelang im geschilderten Fall leicht durch Zug in der Längsrichtung. Heilung erfolgte mit normaler Funktion. Es sind ausser diesem nur 5 Fälle in der Literatur bekannt.

Baisch, Heidelberg.

71) **A. Nussbaum** (Bonn). Klinisch-experimenteller Beitrag zur Arthrodese des Fussgelenkes nach Cramer und Beziehungen zu Genu valgum adolescentium im Röntgenbild. (Bruns Btrgc. z. klin. Chir. 88. Bd., p. 183.)

Die Cramersche Arthrodese des Fussgelenkes besteht darin, dass ein Periostknochenlappen der Tibia über die Vorderseite des Fussgelenkes gelegt wird, durch die Anheilung verhindert die knöcherne Brücke jede Bewegung. Da der Gedanke nahe lag, dass die einseitige Fixierung der Epiphyse ein ungleiches Wachstum derselben hervorrufe, hat Verf. analoge Experimente an der Femurepiphyse bei Hunden gemacht. Es entstanden tatsächlich dadurch Verkrümmungen im Kniegelenk, die weitgehende Uebereinstimmung mit dem Genu valgum adolesc. zeigten. Analoge Wachstumsstörungen zeigten auch tatsächlich die Fälle von Arthrodese nach Cramer, nur da, wo der Span nicht mit der Epiphyse nach der Einheilung verwachsen war oder frakturiert war, trat die Störung nicht auf. — Eine genaue Durchsicht zahlreicher Röntgenbilder von Genu valgum adolesc. auf Störungen des Epiphysenwachstums ergab, dass in der Tat auf der Seite des konkaven Bogens eine Verschmälerung der Wachstumszone vorhanden ist. Die Frage aber, ob dies durch eine zu starke Belastung der konkaven Seite bei pathologisch erreichtem Knochen, oder durch zu langes Offenbleiben der Wachstumszone auf der konvexen Seite bei zu früher Verknöcherung im konkaven Teil bedingt wird, ist noch nicht zu entscheiden.

Baisch, Heidelberg.

72) **Rendu.** Amputations congénitales partielle à gauche, complète à droite des deux avant-pieds. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 466.)

Ein 8jähriger Knabe kommt wegen Entzündung einer „harten Haut“ am Stumpf seines linken Fusses in Behandlung. Beiderseits sind durch amniotische Stränge mehr oder minder vollständige Abschnürungen der Vorderfüsse (Zehen) vorhanden, ohne dass das



Kind dadurch beim Gehen irgendwie gehindert würde. Sonst nirgends am Körper Hemmungsbildungen. Reproduktion von Photographien und Radiogrammen des Falles. Spitzer-Manhold, Zürich.

73) **Veau et Lamy.** Ectro dactylic du pied droit. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 4, p. 369.)

Ein $2^1/_2$ jähriger Junge wird durch eine Missbildung des rechten Fusses beim Gehen geniert: nur zwei Zehen (die grosse und die zweite) sind richtig entwickelt, statt der anderen findet man ein Anhängsel an der zweiten Zehe und eines an der Ferse. Diese werden entfernt (enthalten, histologisch untersucht, Knorpelstückchen, die gelenkig untereinander verbunden sind). Das Kind kann danach gut und ohne Ermüden gehen. Später soll die vorhandene spiralige Drehung der Tibia operativ oder durch Tragen eines Apparates korrigiert werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

74) **Estor.** Un cas de difformités symétriques des pieds, des mains et des poignets. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 459.)

Mitteilung und Reproduktion von Photographien von einem 20 jährigen Mann mit Hallus valgus, Plattfüssen, Abweichung der 4 Finger (ausser dem Daumen) nach der ulnaren Seite an beiden Händen, doppelseitigem Madelung. Die Difformität soll sich seit dem 14. Lebensjahr zu entwickeln angefangen haben. Aehnliche Missbildungen in der Familie. Spitzer-Manhold, Zürich.

75) **Badin.** Sur l'importance de la radiographie dans l'étude du pied plat valgus des adolescents. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 8, p. 243.)

Während ein normaler Fuss, belastet und unbelastet, bei Röntgenaufnahmen von oben und von der Seite ziemlich die gleichen Konturen zeigt, weicht das Profilbild des Plattfusses belastet stark von der Oberaufnahme und von der unbelasteten Profilaufnahme ab: der Taluskopf ist stark nach unten geneigt, der ganze Talus nach vorn, der Caleaneus nach hinten verschoben. Die Lageveränderung des Talus zeigt den Grad des valgus, die Abflachung der vorderen Calcaneuspartie den eigentlichen Plattfuss an. Die Schlüsse für die Praxis sind daraus abgeleitet: eine einfache Einlage am inneren Sohlenrand genügt nicht, ein äusserer erhöhter Rand hinten am Stiefel muss den Calcaneus wieder nach innen und vorn zu drängen suchen, ein erhöhter Innenrand an der Prominenz des Taluskopfes diesen nach aussen und hinten. Ausserdem muss das Schuhwerk natürlich individuell angefertigt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.



76) **H. Els** (Bonn). Klinische und experimentelle Erfahrungen über die offene Achillotenotomie (Nicoladoni) bei schweren Plattfüssen. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 88 Bd., p. 157.)

Bei schweren schmerzenden Plattfussformen kommt man mit Einlagen, Stiefeln u. a. nicht aus. Für solche Fälle hat Nicoladoni die offene Achillotenotomie mit bestem Erfolg durchgeführt. Der Zug am Prozessus post. calcanei hört damit auf und die kleinen Sohlenmuskeln im Verein mit den Flexoren bekommen wieder die Kraft, das Gewölbe aufzurichten. Verf. berichtet über 23 an der Bonner chirurg. Klinik derart operierte Fälle, bei denen nicht nur momentan Schmerz und Kontraktur beseitigt, sondern auch ein bleibender Erfolg und in $^4/_5$ der Fälle eine anatomische Aufrichtung des Gewölbes erzielt wurde. Nur bei den schwersten, stark deformierten Plattfüssen reichte die Operation anatomisch nicht aus, beseitigte aber auch hier die Schmerzen. Obgleich die durchtrennten Enden der Achillessehne nach Hertle umgeschlagen wurden, trat doch eine Kontinuitätsvereinigung wieder auf durch ein derbes, die Lücke ausfüllendes Bindegewebe, sodass kein funktioneller Ausfall zurückblieb, wie Verf. auch im Tierexperiment feststellen konnte. Die Patienten konnten im Durchschnitt nach 2—3 Wochen die Klinik verlassen und nach weiteren 2 Wochen die Arbeit wieder aufnehmen, im allgemeinen wurden sie später einlagenfrei. Sohlenabdrücke, Röntgenbilder u. solche von Gipsabgüssen demonstrieren die Erfolge.

Baisch, Heidelberg.

77) **Marshall.** Old and recent ideas concerning treatment of flat-foot. (Boston med. & surg. Journ. Vol. CLXX, Nr. 1, p. 4.)

Verf. ist im allgemeinen gar nicht so gegen die vom grossen Publikum ohne ärztliche Verordnung gekauften und getragenen Plattfusseinlagen, nur müssen auch diese nicht schematisch gebraucht, sondern nach der Veränderung des Fusses gewechselt werden. Eine rationelle ärztliche Behandlung des Plattfusses muss nicht nur die lokalen, sondern auch die allgemein körperlichen Verhältnisse des Patienten in Betracht ziehen (Gewicht, Kräftezustand, Verdauung).

Spitzer-Manhold, Zürich.

78) **Mouchet.** L'os „tibiale externum", ses rapports avec la tarsalgie et la fracture du scaphoïde tarsien. (Rev. de chir. 33e année, Nr. 12, p. 825.)

Sechs eigene Beobachtungen von tibiale externum. Es wird oft als zufälliger Befund entdeckt (Röntgenaufnahmen von vorn, von beiden Füssen in exakt gleicher Stellung sind ausschlaggebend), macht manchmal gar keine Symptome weder



Schmerzen noch Veränderung der Fussform, manchmal wieder starke Beschwerden (Valgus). Kann mit einer Fraktur des Kahnbeins verwechselt werden. Die sicherste Therapie dieses überzähligen Knochens, wenn er Beschwerden verursacht, ist Exstirpation.

Spitzer-Manhold, Zürich.

79) **R. Sarragni**-Emmerich. Der Kalkaneussporn. (Erg. d. Chir. u. Orth., Bd. VII, p. 729.)

Der sog. Kalkaneussporn stellt eine Blatt- oder Schaufelförmige Exostose am Prozessus medilias tuberis calcanei dar. Er steht mit der hinteren Epiphyse des Kalkaneus in Zusammenhang, deren Spongiosa in die des Spornes übergeht. Er ist als Skelettvarietät zu betrachten, da er häufig gleichzeitig mit anderen Varietäten (Olekranonsporn, Okciputsporn, Os peroneum u. a.) auftritt. Die bei Arteriosklerose, Gicht u. dergl. auftretende Verknöcherung des Ansatzes der Plantaraponeurose am Kalkaneus ist daher als unechter Sporn aufzufassen. Ebenso kann bei Kalkaneusfraktur ein unechter Sporn auftreten. Der Sporn kann völlig beschwerdelos bleiben; bei Leichen wurde er in 9% gefunden. Die Beschwerden werden verursacht durch Quetschung, Bruch oder Periostitis des Spornes, durch Bildung eines Schleimbeutels am Sporn mit sekundärer Bursitis, und schliesslich — am häufigsten — durch Plattfusstellung und dadurch bedingtes Einbohren des Spornes in die Plantarfaszie. Als Therapie kommen daher zunächst Einlagen zur Verwendung, eventuell besondere Fersen-Gummikissen, die die Ferse völlig frei in einem Ring schweben lassen. In hartnäckigen Fällen oder bei stärkerer Bursitis kommt operative Behandlung — Exstirpation der Bursa und Abmeisseln des Spornes zur Anwendung. Baisch, Heidelberg.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

Festsitzungen des Niederländischen Orthopädischen Vereins zur 3. Lustrumfeier des Vereins. Amsterdam 24.—25. Mai 1913.

Vorsitzender Herr **C. B. Tilanus.**

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzungen und betont dabei, dass er sich freue, dass der Verein sich diesmal entschlossen habe, seine Lustrumfeier mit einer Festsitzung zu begehen. Er freue sich, dass sich eine so stattliche Zahl von Teilnehmern dazu eingefunden habe.

Indessen meint er nicht lange bei den Fata des Vereins stehen bleiben zu müssen, aber er könne es doch nicht umgehen, eines ihrer verstorbenen Ausschussmitglieder zu gedenken, nämlich des Rotterdamer Orthopäden Jagerink, dessen Gipsbett und Plattfusstheorie viel Interesse auch im Ausland gefunden haben. Hierauf begrüsst der Redner speziell die ausländischen Anwesenden: Lorenz-Wien, Redard-Paris und Schultze-Duisburg. Weitergehend weist er darauf hin, dass gegenwärtig in gewissem Sinne die Orthopädie im Zeichen

der Paralysebehandlung steht. Es werden 3 Behandlungsmethoden genannt: Physische Therapie, Apparato-Therapie und operative Therapie. Der Wert der ersten Methode soll nicht unterschätzt werden: Elektrizität, Übungen usw. müssen in erster Linie angewandt werden. Auch mit Apparaten kann man viel zustande bringen. Mancher Krüppel wurde mit einem guten Apparat wieder auf die Beine geholfen.

Schöne Resultate werden auch mittels Operation erzielt, sei es auf blutigem, sei es auf unblutigem Wege. Bei den Extremitäten-Lähmungen hat man öfters Stützen von AlbestschenOperation der Arthrodese. Auch die Sehnenüberpflanzung nach Nicoladoni bleibt noch immer viel angewandt.

Zu wenig noch wird die Sehnenfixation, die von Redner zum erstenmal ausgeführt wurde und sehr gute Resultate gibt, bei diesen Fällen angewandt.

Dieser Umstand gibt dem Redner Veranlassung, noch einmal näher auf die Besprechung dieser Methode einzugehen, die auch noch von Sangeorgi und von Reiner (als Tenodese) beschrieben ist.

Bei schlaffen Lähmungen, speziell mit Schlottergelenk, werden die Sehnen am Knochen befestigt, und zwar so, dass das Gelenk dadurch fixiert wird. Die Arthrodese, die noch immer wenn nötig, später angewandt werden kann, fixiert auch, aber macht ausserdem steif, was die Sehnenfixation nicht tut.

Dieses ist ein erheblicher Vorteil und macht das Gehen viel leichter und angenehmer. Wenn Deformitäten vorhanden sind, sollen diese vorher redressiert und einige Zeit im Gipsverband behandelt werden. Dann kann zur Operation, zur Sehnenfixation übergegangen werden.

Man mache geraden Hautschnitt (nicht gebogen wie bei Transplantationen) und nähe die Sehnen mittels 5—6 guten seidenen Suturen an das Periost. Die Sehnen werden wund gemacht oder mit Karbolsäure abgewischt (5 %). Wenn kein genügend festes Periost da ist, bringe man ein Bohrloch an und führe das durch eine dicke Seidenligatur, Catgut-Hautnaht und Gipsverband folgen.

Bei Knielähmungen ist Arthrodese besser.

Prof. **Lorenz**-Wien spricht über die ambulatorische Behandlung des frischen, des veralteten, mit Deformität geheilten und des pseudarthrotischen Schenkelhalsbruches.

Nach übersichtlicher Besprechung der Schwierigkeiten dieses Bruches und der gewöhnlichen Behandlungsmethoden wird die ambulatorische Behandlung näher beschrieben. Dabei wird der Kranke leicht narkotisiert, das Hüftgelenk erst in Abduktions-Richtung mobilisiert, bis über physiologische Abduktionsstellung möglich. Weiter wird mittels rhythmischer manueller Reckung die Verkürzung aufgehoben und das Bein bei Innenrotation eingegipst. Der Kranke soll umhergehen mit erhöhter Sohle am gesunden Beine und unter Benützung von 2 Stöcken.

Ist schon Heilung in verkehrter Stellung zustande gekommen, so sollte man aufs Neue (in Adduktion) den Schenkelhals zu brechen (gegen den hinteren Pfannenrand) versuchen und als frischen Bruch behandeln.

Ist keine Heilung zustande gekommen (Pseudarthrose) und sind Schmerzen vorhanden, so kann ein Gipsverband bei Inversion, Auswärtsdrehung und Streckung und erhöhter Sohle am gesunden Bein diesem Umstand Abhilfe schaffen. Dieser Vortrag wird durch Demonstration verschiedener Lichtbilder noch erläutert.

Herr **Alvarez**-Correa hat die Methode auch schon einmal versucht, aber kein gutes Resultat erhalten.



Herr **Schoemaker**-Haag spricht über die Heilung der Fractura colli femoris und darauf basierter Behandlung. Man muss hierbei Unterschied machen zwischen Brüchen in der Nähe der Trochanteren und solchen in der Nähe des Kopfes. Der periphere Teil erzeugt nämlich bei Fraktur in der Nähe des Trochanters einen Kragen, der den zentralen Teil umschliesst. Diese Erzeugung eines Kragens soll man stets fördern. Bei Frakturen in der Nähe des Kopfes kann die Heilung durch Inklavation zustande kommen. In beiden Fällen empfiehlt es sich, eine maximale Rotation nach innen anzuwenden mittels Gipsgehverbänden während 6 Wochen. Bei Brüchen gerade unter dem Femurkopf ohne Inklavation ist die Methode Lorenz besser.

Herr **v. Trooyen** rät, nicht zu viel mit einer einzigen Methode erreichen zu wollen.

Herr **Murk Jansen** empfiehlt kräftige Abduktion für viele Fälle.

Herr **Timmer** hat auch nach der Operation oft lang dauernde Schmerzen beobachtet.

Herr **Lorenz** freut sich, dass Schoemaker aufs neue die Gipsgehverbände empfiehlt, wie er selbst auch grosser Anhänger dieser Behandlungsmethode ist

Herr **Schoemaker** sagt noch, dass er durch praktische Erfahrungen die Rotation nach innen empfehlen zu müssen gelernt habe. Bei zu grosser Abduktion können die Kranken zu schlecht gehen. Schmerzen kommen nach ihm bei schlecht geheilten (subkapitalen) Brüchen vor.

Herr **T. Kuiper**-Castricum behandelt die Poliomyelitis akuta anterior. Diese Krankheit der Vorderhörner des Rückenmarks geht einher mit allgemeinen Krankheitssymptomen, mit oft hohem Fieber und starkem Schwitzen, zeigt darnach Muskellähmungen, Entartungsreaktion, Verschwinden der Sehnenreflexe und Zunahme der Leukozythen. Anfangs bessern sich die Lähmungen, aber ein Teil bleibt nach und gibt später oft zu Deformitäten Anlass. Nicht immer führen die schwersten Krankheitsursachen zu den schwersten Lähmungszuständen. Längere Zeit hat man vergebens nach den Krankheitserregern gesucht bis jüngst Flexner und Noguchi diese entdeckt haben. Sie sind 0,15—0,30 n gross und passieren durch die gewöhnlichen Filter. Landsteiner und Popper haben die Krankheit auf Affen übertragen. Gewöhnlich geht sie von einer Person auf die andere über, aber auch leblose Objekte können den Virus übertragen. Vielleicht auch Parasiten (Flöhe). Die Sterblichkeit beträgt 20 %.

Es gibt auch Bazillenträger, 4 oder 5 mal so viel als Erkrankte.

Über die Behandlung kann Redner wenig sagen. Eine eigentliche Therapie existiert nicht, nur können später Orthopäden mittels Operation usw. noch helfen.

Herr **Alvarez**-Correa glaubt, dass immobilisierende Behandlung des Rückens im akuten Stadium nützlich sein kann.

Herr **van Assen** rät, den Kranken möglichst früh dem Orthopäden zuzuschicken.

Herr **Redard**-Paris trägt vor: Des complications tardives après les operations de reduction non-sanglante des Luxations de la hanche. Es sind Fälle bekannt, dass 5 oder 6 Jahre nach gelungener Reposition einer Hüftgelenkluxation bei Kindern Schmerzen und Verkürzung des Beines auftreten und coxa vara konstatiert werden konnte. Auch wurde, aber seltener, coxa valga wahrgenommen. Trophische Störungen treten ausserdem dann und wann auf. Tuberkulose spielt dabei keine Rolle, aber rheumatoide Schmerzen werden öfters beobachtet. Redner meint, dass in dergleichen Fällen Knochenerweichungen und zu geringe Knochenneubildung Ursache ist und weist hin auf die Analogie mit der coxa valga adolescentium. Jedenfalls soll man Gipsverbände nie zu lange anwenden, sondern diese so bald wie möglich entfernen.



Herr **Timmer** hat auch dergleichen Fälle gesehen, einmal selbst totale Resorption des Kopfes, wie an einer Radiographie demonstriert wird.

Der Vorsitzende sagt, dass auch ihm diese Komplikationen bekannt sind und rät Phosphor zu verschreiben, da Spätrhachitis, wie er meint, dabei eine Rolle spielt.

Herr **Lorenz**-Wien hat viele Tausende Repositionen gemacht und auch coxae varae öfters darnach gesehen. Von grosser Bedeutung hält er aber diese Abweichungen nicht, und jedenfalls soll man deswegen die Gipsverbände nicht kürzer anwenden, ja vielleicht eher länger liegen lassen. Totale Resorption des Kopfes sah er nie. Indessen meint Redner, dass diese Ereignisse der Superiorität der unblutigen Methode nicht widerstehen konnten, und warnt vor der in letzter Zeit wieder gemachten Empfehlung der blutigen Resorption. Üble Ereignisse seien dabei noch häufiger.

Herr **Murk Jansen**-Leiden spricht über: Die Verletzbarkeit schnellwachsender Zellen. Das normale Wachstum zerfällt in 3 Phasen: 1. Zellteilung, 2. Zellvergrösserung, 3. Zelldifferentiation. Jede Schädlichkeit, welche ein Individuum trifft, kann eine oder mehrere der Wachstumsphasen stören. Je schneller das Wachstum, desto schlimmer die Störung. Die Differentiation zeigt sich am ausgesprochendsten im Skelett, und daselbst geht sie wieder in den Knorpelfugen am schnellsten vor sich. Die Verbreiterung der letzteren, das erste Zeichen der Rhachitis, erachtet Redner als den Ausdruck einer Insuffizienz der Differentiation, d. h. der 3. Wachstumsphase. Dass auch die Zellteilung und auch die Zellvergrösserung gegen die Norm zurückbleiben, geht daraus hervor, dass der Rhachitiker durchweg an Grösse zurückbleibt. Ähnlich, nur intensiver, ist die Schädigung der Achondroplasie: Das zu kleine Amnion, welches die Frucht in der 3.—6. Woche aufrollt und Blut aus derselben in die Plazenta presst, stört das Wachstum des Knorpels, der zu dieser Zeit unter mächtiger Expansion zu entstehen pflegt. Auch hier bleiben die 3 Wachstumsphasen — zumal die Differentiation — namentlich an den am schnellsten wachsenden Epiphysenfugen, wie bei der Rhachitis, gegen die Norm zurück.

Auch in manch anderen Gebieten der Pathologie lässt sich der lokale Effekt einer Allgemeinschädigung durch das schnelle Wachstum der betreffenden Teile erklären. Redner nennt die Rhachitis tarda c. p. mit Infantilismus, die Chlorose, die Lokalisation der Osteomyelitis u. a. m.

Herr **G. P. van Trooyen**-Amsterdam spricht über Frakturbehandlung.

Hierbei wird angefangen, darauf hinzuweisen, das offene (komplizierte) Frakturen mit rigorösester Antiseptik zu behandeln. Bei einfachen Frakturen soll man mit Radiographie anfangen, sonst ist nie eine absolut sichere Diagnose zu stellen. Die Aufnahmen sollten in mehreren Richtungen angefertigt werden In der Hauptsache haben wir 2 Behandlungsmethoden zu gedenken: Kontentiv-Verbände und Streckverbände. Diese letzteren werden von T. bevorzugt, aber man soll sie mit Mobilisation kombinieren. Kontentiv-Verbände bringen die Gefahr der Genesung mit Dislokation mit sich. Zu weit mit der Mobilisation soll man aber auch nicht gehen, und T. glaubt, dass Bardenheuer recht hat, dem Lucas Championnière vorzuwerfen, dass er, wenn er gesagt hat: „Le mouvement c'est la vie.“ und das auf die Frakturbehandlung übertragen hat, die anatomische Heilung vernachlässigt. Die Steinmannsche Nagelextension kann nützlich sein, aber sie ist nur für schwere Fälle zu empfehlen. Ambulatorische Gipsverbände (Dollinger) und die Apparate von Zuppinger geben in gewissen Fällen gute Resultate.



In all den verschiedenen Fällen muss genau und sorgfältig die Behandlungsmethode gewählt werden, und dabei muss man über gut eingerichtete Krankensäle, geeignete Betten und alle eventuell nötigen Apparate verfügen können.

Herr **Korteweg**-Leiden glaubt für viele Fälle Gipsverbände empfehlen zu müssen.

Herr **Schoemaker**-Haag stimmt Redner bei, wo er sagt, dass jeder Bruch seine eigene Behandlungsmethode haben soll und ein Schema deshalb zu verwerfen sei.

Herr **Schultze**-Duisburg empfiehlt u. a. Schulterbrüche mittels Armhebung nach Bardenheuer zu behandeln. Brüche am Ellbogen will er mittels Hyperflexion behandelt sehen, für Femurbrüche empfiehlt er Autoextension, für Patellarbrüche Naht, Kalkaneusbrüche brauchen Achillotomie.

Herr **Milatz**-Rotterdam spricht über Erste Hilfe und Orthopädie und empfiehlt von Anfang an bei Unglücksfällen alle eventuell möglichen üblen Folgen ins Auge zu fassen und dies nicht nachträglich der Orthopädie zu überlassen und gibt dann verschiedene Ratschläge. Er beschreibt einen Verband-Operationstisch, der auch als Räderbahre zu benutzen ist. Weiter wird vom Redner ein Osteoklast beschrieben, dessen Hauptkennzeichen ist, dass die Glieder nicht mit Schrauben oder Pelotten befestigt werden, sondern mit halb biegsamen gespannten Platten. Welche Kraft benutzt wird, ist von geringer Bedeutung, dagegen von um so grösserer Bedeutung die genaue Dosierung.

Schliesslich wird vom Redner noch ein einfaches Kennzeichen beweglicher Luxationen besprochen. Es wird bei allen Luxationen beobachtet, aber hier nur am Hüftgelenk beschrieben. Gewöhnlich wird angenommen, dass eine Luxation anwesend sei, wenn der Kopf an anormaler Stelle gefunden wird und die Pfanne leer ist. Man soll indessen auch finden, dass die Bewegungsexkursion n anormaler Bahn vor sich geht und darin weitere Anhaltspunkte finden, wie vom Redner eingehend weiter demonstriert wird.

Herr **Lorenz**-Wien trägt vor über: Die zweiarmige Hebellehne, ein Vorschlag zur Verbesserung der Sitz-Hygiene.

Vor vielen Jahren war Redner schon einmal in Amsterdam und hat gesehen, dass man hier froh und flott lebt wie in Wien und die Frauen nicht weniger schön wären als dort, dass man aber auch hier ebenso schlecht sitze als in anderen Ländern. Gut sitzen ist indessen eine Sache von grösster Bedeutung, schlecht sitzen gibt Skoliose, Rückenschmerzen usw. Sitzt man kurz, so ist jeder Stuhl gut, sitzt man dagegen länger, dann muss man höhere Anforderungen stellen. Das Unzweckmässige der Stühle liegt in ihrer Lehne. Wenn diese gut sein soll, muss sie eine Inklination haben von 20—25°. Mit einer ähnlichen Lehne kann man aber nicht arbeiten, nicht schreiben. Daher soll die Lehne beweglich sein. Die vom Redner demonstrierte zweiarmige Hebellehne soll daher zu empfehlen sein. Der Stuhl ist von Gebrüder Thonet-Wien angefertigt und wird schon von vielen gerne benutzt. Viele Anwesende versuchen den Stuhl und erklären sich damit einverstanden.

Herr **Timmer** fürchtet, da, wo die Rückenlehne beweglich, keine absolute Ruhe erhalten werden kann, so dass noch eine grössere oder geringere Muskelarbeit zum Sitzen nötig sei, ausserdem meint er, dass Armlehnen unbedingt anwesend sein müssten.

Herr **Lorenz** meint, dass gerade die Beweglichkeit nützlich sei, da auch im Nachhintensitzen wie beim Geradesitzen die Lehne eine Stütze geben wird.



Man soll die Lehne erst einige Zeit versuchen, dann wird man ihren Wert schätzen lernen.

Herr **Schultze**-Duisburg behandelt die Neueinteilung des Klumpfusses und die unblutige Behandlung der einzelnen Formen. Redner hat Klumpfüsse immer nur unblutig behandelt und mit dieser Methode selbst die schwersten Formen geheilt. Lorenz hat diese Methode als erster ausgearbeitet. Die neueren, jedesmal wieder auftauchenden Methoden können nicht empfohlen werden. Die Klumpfussformen sollen eingeteilt werden in: Urformen und veränderte Formen. Ausserdem hat man Fälle bei Kindern bis zu 5 Jahren und bei älteren Individuen zu unterscheiden. Urformen sind muskuläre, ligamentäre und ossale. Die muskulären werden gebessert mittels leichtem Druck (durch Verbände), die ligamentären bieten Widerstand bei Druck, die ossalen sind rechtwinkliger. Ein Apparat genügt nicht zur Redression der Urformen, aber die Hauptkorrektion macht Redner mit seinem Osteoklast I. Säuglinge soll man erst kräftig werden lassen und dann erst mittelst Redression und Gipsverband behandeln. Die Verbände lässt man 6—8 Wochen liegen. Darnach soll man aber noch immer kontrollieren, ob der Talus in die Malleolengabel zurückgebracht worden ist.

Bei der Klumpfussbehandlung soll man im allgemeinen erst die Deviation des Talus, nachher die des Kalkaneus und des Metatarsus angreifen. Schwere Urformen von Individuen im Alter von 30 Jahren kann man noch heilen. Wo der Osteoclast I nicht genügt, wird der Osteoklast II angewandt. Redner kontrolliert stets durch Röntgenaufnahmen. (Demonstration von einer grossen Anzahl von Lichtbildern.)

Herr **Lorenz** freut sich, dass Herr Schultze die von ihm vor 20 Jahren angegebene unblutige Behandlungsmethode angenommen und weiter ausgearbeitet hat. Er nennt ebenfalls die blutigen Methoden überflüssig.

Herr **Timmer** lobt ebenfalls die unblutige Methode, will aber bei kleinen Kindern schon früh anfangen mit der Behandlung.

Herr **Redard** empfiehlt das Redressement forcé und weist hin auf den Wert seines „Tarsoklast", glaubt aber, dass doch dann und wann blutige Operationen nötig sein werden.

Herr **Murk Jansen** verneint, dass man Klumpfüsse unterscheiden könne, die nur bindegewebiger oder muskulären Ursprungs sind. Diese letzteren können nur paralytische sein. Ausserdem bespricht er ein von ihm bei der Reduktion benutztes Brett mit Loch.

Der **Vorsitzende** benützt auch immer unblutige Redressements, glaubt aber doch, dass es nicht zu sagen sei, ob blutige Methoden ganz entbehrlich seien.

Herr **Schultze** empfiehlt noch einmal seine Instrumente und meint, dass diese bei der Behandlung gerade die Hauptsache seien.

Herr **van Assen**-Rotterdam trägt vor über Pes planus und Pes valgus traumaticus.

Er gibt davon 3 Variationen an:

1. Grad: Plattfuss durch schlecht geheilte Beinbrüche.
2. Grad: Ligamentärer Plattfuss.
3. Grad: Bestehender Plattfuss, nach Traumen schmerzhaft geworden.

Mehrere Beinbrüche können Plattfuss verursachen, die der Malleolen, des Talus und des Kalkaneus.



Hilft Plattfusssohle nicht, so wird man sich öfters zur Operation entschliessen und dabei schlecht angeheilte Stücke durchmeisseln und gerade stellen müssen, Bänderzerreissung kann Valgus zustande bringen mit oder ohne Einsinken des Fussgewölbes. Ein Faktor der noch nicht beschrieben und vom Redner entdeckt worden ist, ist der Gang von Kranken, deren Fuss verwundet worden ist. Sie drehen, wenn sie gehen, das Bein nach aussen und wickeln den Fuss nach innen ab. Das führt zur Streckung der medialen Bänder und gibt zu Plattfuss Anlass.

Die 3. Gruppe wird am besten wie die 2. mittels Plattfussohlen und guter Stiefel behandelt. Zur Bekämpfung des erst genannten Abduktionsganges hat Redner mit gutem Erfolg Schuhe angewandt mit einer Sohle vom Hacken bis zum Metatarsalköpfchen, versteift mittels Stahleinlage.

Herr **Schultze** empfiehlt für Fälle, wie sie vom Redner besprochen worden sind, Überkorrektion in Klumpfussstellung und das schon von Anfang an.

Herr **Alvarez**-Correa-Amsterdam spricht über Skoliosenbehandlung und weist darauf hin, wie die Skoliose noch immer eine „crux medicorum" ist. Er glaubt, dass die Behandlungsmethoden zu gründen sind auf die Gesetze, welche für die Formumänderung der Knochen gelten und erwähnt die verschiedenen Ansichten, die hierüber pupliziert sind, die Volkmannsche Theorie, das Gesetz der Transformation der Knochen von Wolff, die Auffassung Kortewegs u. a.

Indessen meint Redner, dass die myopathischen Theorien der Skoliose noch viel zu viel Anhänger finden und dass daher noch zu viel von der Heilgymnastik erwartet wird. Die Heilgymnastik hat ihren Nutzen, sie kann aber nicht allein die Skoliose heilen, dagegen dieselbe dann und wann schlimmer machen (Redard, Schulthess). Redner hat schon mehrere Methoden versucht, aber blieb immer unzufrieden.

Zur Zeit benutzt Redner eine Methode, der Abottschen ähnlich, Extension wird dabei nicht angewandt. In einem Rahmen wird mittels Gurten die Skoliose im Höhenpunkte ausgebogen und ein Gipsverband angelegt, gefenstert auf der konkaven Seite und auf der Höhe des hinteren Rippenbuckels. Filzplatten werden eingeführt und mittels elastischer Binden detorquiert. Atemgymnastik soll, da sie von grösster Bedeutung ist, mehrere Male tags geübt werden.

Einige Patienten werden demonstriert und damit die gute Wirkung der Methode und die guten Resultate bestätigt. Die Sitzung wird hiermit geschlossen

Dr. C. B. Tilanus.

1) **Hecker.** Beckenbruch mit beiderseitiger traumatischer Hüftgelenkluxation. Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, 19. 5. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 25, 1913.)

Eine Frau wurde von einem Automobil überfahren und erlitt einen Beckenbruch und doppelseitige Hüftluxation. Um Zerrungen und Zerreissungen zu vermeiden, musste erst Kallusbildung abgewartet werden, ehe man die Hüftgelenke in Angriff nehmen konnte, die erst nach 5 Wochen, und zwar blutig, reponiert werden konnten. Leidlich guter Gang. Klar, München.

2) Altenaer ärztlicher Verein, 19. 3. 1913. (Ref. M. m. W., Nr. 27, 1913.)

Herr **Süssenguth.** Demonstrationen: 1. Verknöcherung im Verlauf des m. brach. intern. nach schwerer Ellenbogenkontusion ohne Knochenverletzung, schnelle Entwicklung innerhalb 8 Wochen.



2. Grosse Exostosenbildung am Oberarmknochen nach einer suprakondylären Humerusfraktur; die etwa 10 cm lange, breitbasige Exostose, die kuhhornförmig war, wurde operativ entfernt; histologisch frisches, periostbedecktes Knochengewebe.

3. Komplizierte Kniegelenkfraktur durch Stoss mit einer Wagendeichsel; Fraktur mit Meniskusluxation an der Innenseite. Exstirpation des Meniskus, Elfenbeinnagelung des Fragments, Heilung per primam, gute Funktion ohne Bewegungsstörung nach 9 Monaten.

4. 33jähriger Maschinist kam in die Transmission und wurde mit dem linken Knie gegen eine Wand geschleudert. Keine äussere Verletzung, Gelenkerguss, seitliche Beweglichkeit, Subluxationsstellung der Tibia nach hinten, Operation: Eröffnung nach Kocher, vorderes Kreuzband in der Mitte zerrissen, hinteres nahe dem unteren Ansatzpunkt gerissen, ohne Knorpelabreissung und ohne Knochenabsprengung. Bänder mit Katgut genäht; nach 14 Tagen Beginn der Bewegungen. Nach 2 Monaten: Geringe Kapselverdickung und Gelenkschwellung, keine seitliche Beweglichkeit, aktive Beugung bis zum rechten Winkel, keine Neigung zu Subluxation der Tibia.

Klar, München.

3) Arztlicher Verein in Hamburg, 6. 5. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 20, 1913.)

Herr **Görlitz**. Torticolis oculaire: 9jähriges Mädchen, seit seiner Geburt in erfolgloser orthopädischer Behandlung wegen Schiefhalses. Keine Muskelspasmen, keine Atrophien, keine Knochendeformitäten. Wenn man den nur funktionellen Schiefhals korrigiert, tritt Strabismus ein, bedingt durch eine Schwäche im m. obliquus superior. Ob die Schieloperation den Schiefhals beseitigen wird, das muss die Zukunft lehren. In der Literatur sind 11 Fälle bekannt. Klar, München.

4) Münchener Gesellschaft für Kinderheilmethode, 21. 2. 1913. (Ref. M. m. W., Nr. 20, 1913.)

Herr **Klar**. Demonstration einer Subluxation des Oberarms infolge teilweiser Lähmung der Schultermuskulatur durch Muskelzug des teilweise erhaltenen m. pectoralis major. Durchleuchtungsbild. Therapie: Zunächst Massage und Elektrisationen, da unblutiger Repositionsversuch vergeblich war, später blutige Reposition und Arthrodese des Schultergelenks. Klar, München.

5) Wiener k. k. Gesellschaft der Ärzte, 2. 5. 1913. (Ref. M. m. W., Nr. 20, 1913.)

Herr **Engelmann**. Demonstration eines Mannes mit Kyphoskoliose, der nach Abbott behandelt worden ist. Klar, München.

6) Herr **v. Winiwarter.** Blutige Reposition einer angeborenen Luxation des linken Hüftgelenks bei einem 16jährigen Mädchen, leidlich guter Erfolg; die blutige Reposition gelingt in diesem Alter schon selten. Klar, München.

7) Herr **Wagner**. 20jähriges chondrodystrophisches Mädchen von 122 cm Körpergrösse, das durch Kaiserschnitt von einem ebenfalls chondrodystrophischen Kind entbunden wurde. Das Kind, bei der Geburt 48 cm lang und 3850 g schwer, zeigt starke Verkürzung der Extremitäten, Einziehung der Nasenwurzel Ringelfalten an den Extremitäten; Vater normal. Klar, München.

8) **Blencke**. Der augenblickliche Stand der Frage der angeborenen Hüftverrenkung. Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg, 27. 2. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 22, 1913.)

Bei einem Material von 407 Hüften bei 276 Patienten erzielte B. 96,3% anatomische Heilungen und bei 87,7% anatomisch und funktionell gute Resul-



tate. In einem einzigen Fall gelang bei einem 4jähr. Mädchen mit doppelseitiger Lux. die Reposition nicht, die auch danach einer Autorität bei diesem Fall misslang. Vorstellung von 27 geheilten Fällen. Blutige Eingriffe sind bei Kindern im repositionsfähigen Alter nie notwendig.

9) **Haudeck.** Luxatio femoris centralis. Wiener k. k. Gesellschaft der Aerzte, 9. 5. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 22, 1913.)

Ein Mann stürzte beim Abspringen von einem Eisenbahnwagen vor $1^1/_2$ Jahren, konnte noch ein Stück gehen, brach aber dann zusammen. Man nahm wegen der Schwellung am Trochanter heftige Kontusion an. Jetzt steht das Bein in Aussenrotation, Beugung bis zu 60 Grad möglich, Ab- und Adduktion und Rotation gesperrt. Der Schenkelkopf befindet sich im Becken, es hat sich um ihn eine neue Pfanne gebildet. Geringes Hinken. Klar, München.

10) **Enderlen.** Würzburger Aerzteabend, 11. 2. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 21, 1913.)

Demonstrationen: 1. Traumatische Luxation der Patella nach aussen bei einem jungen Manne, in Narkose leicht zu reponieren.

2. Habituelle Luxation der Patella nach aussen bei einem jungen Mädchen, durch Operation geheilt.

3. Zerreissung des lig. collaterale fibulare, der Bizepssehne und der Gelenkkapsel, Heilung nach Naht.

4. Faszientransplantationen bei 2 Pat. mit Plattfuss, gute Erfolge.

5. 20jähriger Mann mit Brückenkallus nach Vorderarmbruch, Pro- und Supination fast vollkommen aufgehoben; Abmeisselung des Kallus, Interposition eines freien Fettlappens aus dem Oberschenkel, danach volle Beweglichkeit.

11) **Engelmann.** Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, 8. 5. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 21, 1913.)

1. 8jähriges Mädchen mit einer Knochenzyste (Ostitis fibrosa Recklinghausen) am oberen Ende des Femurschaftes, die eine Infraktion an der geschwächten Knochenstelle verursacht hat.

2. Mädchen mit Coxa vara infolge Caries colli femoris; die Durchleuchtung zeigt, dass Infraktion des kariösen Collum eingetreten ist.

12) **Mayerhofer,** ebenda.

Säugling mit Osteopsathyrosis foetalis, im Durchleuchtungsbild Kallusbildung und Infraktionen an mehreren Knochen und zarte Kortikalis. Krepitation am rechten Oberschenkel. Es finden sich geheilte intrauterine Frakturen, die durch abnorme Brüchigkeit der langen Röhrenknochen entstanden sind. Therapie: Phosphorlebertran.

13) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg, 20. 5. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 22, 1913.)

1. Fall von Littlescher Krankheit, bei dem an einem Fuss ein pes calcaneus spasticus eingetreten ist, infolge des Spamus der Dorsalmuskeln nach querer Tenotomie der Achillessehne. P. rät daher, den Achillessehnenzug bei Little nicht ganz auszuschalten, sondern nur die Verlängerung nach Bayer zu machen.

2. Pseudofibulatumor: 27jähr. Arbeiter, im August 1912 leichtes Trauma des rechten Unterschenkels, im Oktober Schmerzen bei Belastung, lokalisiert im oberen Teile der Fibula. Harter Tumor der oberen Hälfte der Fibula, im Durchleuchtungsbild ein anscheinend im Markraum sitzender Tumor ohne



Beteiligung des Periosts und ohne Knochenatrophie. Resektion des oberen Teils der Fibula und Ersatz durch ein 17 cm langes und 2 cm breites Tibiaperiostknochenstück; prima intentio, nach einem Vierteljahr Wiederaufnahme der Arbeit. Der „Tumor“ war ein mit sterilem Eiter gefüllter Hohlraum mit verdickter Kortikalis. Anamnese in bezug auf Osteomyelitis negativ.

3. Pseudorückenmarkstumor: 37jähriger Beamter, kurzer, dicker Thorax, Klagen über zunehmende Schwäche beim Gehen seit 3 Jahren, vor 10 Jahren Lues, ausreichende Kuren, WR. negativ, Hirnnerven normal, Hypalgesie von den untersten Brustwirbeln abwärts, Patellar- und Fussklonus, Babinski, kein Oppenheim, kein Mendel-Bechterew. Diagnose zweifelhaft zwischen Rückenmarkstumor und Kompression, bis Durchleuchtung zeigte, das eine, sich unter der starken Adipositas verbergende, kurze, S-förmige rachitische Brustskoliose vorhanden war. Nach Entfettung und Anlegung eines Stützkorsetts schnelle Besserung der Kompressionserscheinungen. Klar, München.

14) **Klapp**, zu demselben Thema, ebenda.

Ein Mann stiess sich einen Glassplitter in das Kniegelenk und zog ihn selbst heraus, glatte Heilung, so dass der Mann Militärdienst leisten konnte. Nach 3 Jahren Schmerzen beim Gehen im Gelenk, als deren Ursache sich ein zurückgebliebener Glassplitter fand, der zwischen den Menisken in der Tibia eingekeilt war und am Femur schleifte, wodurch eine Furche an diesem entstanden war; glatte Heilung. Klar, München.

15) **Hirsch**. Berl. med. Gesellschaft, 4. 6. 13. (Ref. M. m. W., Nr. 13, 1913.)

Demonstration eines Falls, bei dem koxitische Erscheinungen durch eine im Mastdarm befindliche Nadel verursacht wurden, die 4 Wochen ohne sonstige Symptome dort gelegen hatte. Klar, München.

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna (San Michele in Bosco).

Preis-Ausschreibung.

Es steht der 3. Konkurs offen zum Preise Humbert I.

Dieser Preis von L. 3500 wird nach dem Beschlusse des Provinzialrates von Bologna zugeteilt: „Dem besten Werke oder der besten Erfindung auf orthopädischem Gebiete“.

An diesem Konkurse können sowohl italienische als ausländische Aerzte teilnehmen.

Die Konkurs- und Preiszuteilungsbestimmungen sind in einem besonderen Reglement enthalten, das auf Wunsch zugeschickt wird.

Die Teilnahme an dem Konkurse muss dem Präses des Istituto Rizzoli in Bologna gemeldet werden.

Der Konkurs wird am 31. Dezember 1914 geschlossen.

Bologna, 1. Januar 1914.

Der Präses: Giuseppe Bacchelli.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Band VIII. September 1914. Heft 9.

(Aus der orthop.-chirurg. Klinik der Akademie für praktische Medizin zu Köln a. Rhein. [Dirigierender Arzt: Prof. Cramer.])

Die aktiven Korrektionserscheinungen des Plattfusses,

nebst drei weiteren Fällen von

Pes adductus congenitus.

Von Dr. F. DUNCKER, Assistenzarzt.

(Hierzu Taf. II—III.)

Die aktiven Korrektionserscheinungen des Plattfusses sind in der umfangreichen einschlägigen Literatur verhältnismässig wenig berücksichtigt worden. Nicht ganz mit Recht, denn sie treten unter Umständen soweit in den Vordergrund des klinischen Bildes, dass sie als Leiden sui generis imponieren und eine eigene orthopädische Behandlung notwendig machen.

Die aktiven Korrektionserscheinungen des Plattfusses stellen keineswegs die Umkehrung der für diese Deformität bekannten Entwicklungsphasen dar. Bei der bestehenden Insuffiziens der Muskeln, Bänder und Knochen bleibt das Bestreben des Fusses, seine normale Gestalt wieder herzustellen, stets mehr oder weniger unvollkommen. Der Fuss wird bis zu einem gewissen Grade den Charakter eines Valgus bezw. Valgoplanus oder Planus beibehalten und die hinzutretenden Korrektionserscheinungen sind insgesamt als Pseudoreparation zu kennzeichnen.

Im Kindesalter ist es die **abnorme Innenrotation der Beine,** welche häufig mit ausgesprochenem Knickfuss kombiniert vorkommt. Tilanus, Chlumsky, Rosenthal und Vulpius haben auf diese Stellungsanomalie hingewiesen und wirksame Massnahmen zu ihrer Bekämpfung angegeben. Hasebroek, O. Foerster u. a. finden sie bei degenerierten Kindern mit allgemeinen Muskelspannungen wieder und deuten sie neben anderen Zeichen einer schlechten Haltung als atavistische Reminiszenzen. In allen diesen Fällen ist die „korrigierende" Einwärtsdrehung der Füsse im wesentlichen auf die genealogisch ältere, reflektorische Innenrotation der Hüftgelenke zurückzuführen. Wohl sucht der meist schwächliche Körper dieser Individuen, durch Stellungsänderung des ganzen Beines die oft schmerzhafte Valgität der Ferse zu umgehen; seine Kraft reicht aber nicht aus, um durch aktives Anspannen der langen Fussmuskeln die verhängnisvollen Verschiebungen des gelockerten Fussskeletts genügend zu beseitigen.



Aehnliche Gesichtspunkte gelten für den nach Nicoladoni benannten **Hammerzehenplattfuss.** Auch bei diesem Leiden handelt es sich meist um eine Belastungsdeformität des Fusses, die mit aktiven Korrektionserscheinungen einhergeht (Ranneft, Hofmann, Nasse-Borchardt u. a.). Da aber die Plattfussbildung weiter vorgeschritten, das Fussgewölbe eingesunken und schmerzhaft ist und die Patienten, die zumeist dem Pubertätsalter angehören, ihre Fussmuskeln zweckmässiger zu gebrauchen gelernt haben, spielen sich die statischen Deformierungsvorgänge und die funktionellen Reaktionserscheinungen nebeneinander am Fusse selbst ab. Die Hammer- bezw. Klumpstellung der Zehen wird eingenommen, um den druckempfindlichen inneren Fussrand zu entlasten. Ohne wirksame Unterstützung durch die übrigen Fussmuskeln sind die Zehenflexoren aber nicht imstande, die gewaltige Arbeit der Wiederherstellung des Fussgewölbes zu leisten. Sie heben lediglich den vorderen Fussabschnitt und können im weiteren Verlaufe, wie dies Fälle von Nicoladoni und Vulpius zeigen, sogar schädigend auf die Senkung des Fussgewölbes einwirken. — Eine rationelle Selbstheilung muss daher an den für die Plattfussbildung massgebenden Fusswurzelgelenken angreifen und kann gegebenen Falles Stellungsänderungen erzeugen, die nicht allein an den Zehen, sondern auch an anderen Abschnitten des Fusses zum Ausdruck kommen. Ansätze einer solchen zweckmässigen Selbstheilung sind in einem von Cramer beschriebenen Falle von Hammerzehenplattfuss zu erkennen, bei dem gleichzeitig ein ausgesprochener Metatarsus varus vorhanden ist. (cf. beifolgende Abbildung.) Cramer fasst die Verbiegung der Metatarsi II bis V und die Kontraktur des Metatarsus I, sowie die Varus resp. Varo-malleus-Stellung der Zehen als korrigierende Anpassung an den starken rachitischen Tarsus valgus auf. „Die Mittelfussknochen waren früher noch weich und wurden durch den sie adduzierenden Muskelzug verbogen.“ In anderen Fällen tritt jedoch die Malleusstellung der Zehen zurück und der Fuss kann einen solchen Grad von Adduktion annehmen, dass er zunächst einem Pes varus compensatorius (Albert) bei primärem Genu valgum gleicht.

Vergegenwärtigt man sich in grossen Zügen die Prinzipien, nach denen die Rückbildung eines Planovalgus, bezw. Planus zu erfolgen hätte, so ergibt sich, dass sie im wesentlichen mit den Grundsätzen der Hoffaschen Plattfussübungen zusammenfallen. Die für den Plattfuss charakteristischen Abweichungen des Vorderfusses, Pronation, Abduktion und Dorsalflexion („Auswärtskantung“



Fick) müssen durch Supination, Adduktion und Plantarflexion („Einwärtskantung") beseitigt und die mehr oder weniger umgelegte Ferse in die physiologische Mittelstellung gebracht werden. Gleichzeitig mit diesem Reparationsprozess hätte ein permanenter Zug der Fussmuskeln einzusetzen, der die gewonnenen normalen Lagebeziehungen der Skeletteile sichert und dem Fusse seine ursprüngliche Wölbung und Leistungsfähigkeit wiedergibt.

Die klinische Beobachtung eines grossen Plattfussmaterials lehrt jedoch, dass die Vorgänge der Selbstheilung eines Plattfusses in Wirklichkeit von diesen Forderungen weit entfernt bleiben. Wie eingangs erwähnt, scheitern sie auch bei sonst kräftigen Individuen an der pathognomonischen Insuffizienz der Muskeln und Bänder. Das eingesunkene Fussgewölbe wird nur mangelhaft gehoben und die Valgusstellung der Ferse erscheint im allgemeinen nur wenig ausgeglichen. Andererseits wird durch das Uebergewicht passiver Momente ein Teil der korrigierenden Einwärtskantung zunichte gemacht. Die Körperlast und die pronierende Wirkung des Ganges vereinigen sich, um die Supination- und Plantarflexion grösstenteils auszuschalten. Für die restierende Abduktiontendenz tritt dann vollends ein Mechanismus in Kraft, der auf die Gestalt des Fusses einen mehr deformierenden als korrigierenden Einfluss gewinnt und von mir an anderer Stelle eingehend erörtert wurde. —

Bei der aktiven Entstehung einer Adduktionsdeformität des Fusses sind theoretisch zwei ineinandergreifende Bewegungsvorgänge zu unterscheiden. Zunächst die durch synergische Wirkung der langen Fussmuskeln, zumal der Supinatoren erzeugte Adduktion im Talo-Tarsalgelenk, welche eine Einwärtsdrehung des ganzen Fusses — mit alleiniger Ausnahme des Talus zur Folge hat. Der Talus wird infolge seiner Zwangsläufigkeit in der Malleolengabel plantarflektiert (cf. Röntgenbild, Aufnahme von der Seite). Und zweitens eine Art Knickung des Fusses im queren Tarsalgelenk, welche isoliert durch Kontraktion des Abduktor hallucis zustande kommt, teilweise aber auch als Rest der ersten Bewegung gelten muss. Beide Bewegungsvorgänge, wenn auch in ihrem Ausschlag quantitativ verschieden, summieren sich gleichsinnig zur Adduktion des Vorderfusses. Beide üben aber auf den hinteren Fussabschnitt eine diametral entgegengesetzte Wirkung aus. Während durch Knickung des Fusskelettes der Processus posterior calcanei nach innen abweicht, wird er durch Innenrotation im Talo-Tarsalgelenk nach aussen gedreht, sodass der Fuss leicht einen primären Valgus vortäuschen kann.

Hieraus ergibt sich die Tatsache, dass die fraglichen



Korrektionserscheinungen stets mit hochgradiger Adduktion des Vorderfusses einhergehen, dass sie aber die Stellung der Ferse verschiedenartig beeinflussen und häufig zu einer sekundären Deformität, zu einem **funktionellen Pes adductus** führen, ohne die pathologische Abflachung des Fussgewölbes nennenswert zu bessern.

Interessant ist hierfür besonders eine Mitteilung Bardenheuers, der bei einem plattfüssigen Ordensbruder derartige schwere Veränderungen beobachtete. Der Vorderfuss stand in starker Adduktion und obwohl die anfangs nach aussen abgeknickte Ferse über die Mittelstellung hinaus nach innen gedreht war, hatte sich doch das Fussgewölbe nur wenig gehoben. —

Am normalen menschlichen Fuss verläuft die Adduktion in der erwähnten Gelenkverbindung allerdings nie ganz rein. — Meist ist sie mit mehr oder weniger Supination und Plantarflexion vermischt und tritt auch am abgeflachten Fuss nach hinreichender Kräftigung der Fussmuskeln mit diesen Bewegungskomponenten wieder auf. Hiernach eröffnen sich für die Selbstheilung des Plattfusses günstigere Chancen. In Anbetracht der schädlichen Wirkung des „Auswärtsgehens" hält Spitzy die Einwärtsdrehung beim Kinde, die sich nach ihm beiläufig teils aus Hüftrotation, teils aber aus Adduktion der Fusspitze zusammensetzt, für eine förderliche und quasi physiologische Erscheinung, mit deren Hilfe die sich im Lokomotionsbeginne fast regelmässig einstellenden Ueberlastungsveränderungen überwunden werden. Aus diesem Grunde empfiehlt auch Preiser u. a. die Innenrotation zur Behandlung des statischen Plattfusses der Erwachsenen und erklärt ihre Wirkung durch den Ausgleich bestehender Gelenkinkongruenzen. Bardenheuer betont mit Recht die grosse Wichtigkeit des Zustandes der Muskulatur für die Genese, sowie für die aktive Restitution des Valgoplanus und erwähnt, dass Mönche, die Sandalen zu tragen pflegen, nur selten an Plattfuss leiden, weil sie ihre kurzen und langen Fussmuskeln zu gebrauchen gezwungen sind. Dagegen sind besonders an den häufig insuffizienten Füssen der grosstädtischen Bevölkerung Stellungsanomalien anzutreffen, die, zumal bei rachitischer Knochenweichheit, eher den Eindruck der hier beschriebenen Adduktionsdeformität, als den von aktiven Korrektionserscheinungen eines Plattfusses hervorrufen. Die eminente Bedeutung einer sachgemässen orthopädischen Behandlung dieses Leidens bedarf daher an dieser Stelle keiner weiteren Erwähnung. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, dass auch die sogenannte „amerikanische" Schuhmode der hier geäusserten Auffassung weitgehend Rücksicht trägt. (Huber.)



II.

Ausser dem funktionellen Pes adductus sind auch einige Fälle von angeborener Adduktionsdeformität des Fusses bekannt geworden, die sich von jenem durch die Anamnese und anderweitige klinische Symptome unterscheiden. Während der funktionelle Adduktus fast stets bei Erwachsenen anzutreffen ist, wurde der kongenitale bisher nur im Kindesalter beobachtet. Die Eltern solcher Kinder geben an, die fehlerhafte Stellung der Füsse bereits bei der Geburt oder bei den ersten Gehversuchen bemerkt zu haben und sie wenden sich an den Arzt meist wegen der Schwierigkeit der Beschaffung passenden Schuhwerks. **Der kongenitale oder essentielle Pes adductus** zeichnet sich ebenso wie andere angeborene Fussdeformitäten neben der grösseren Neigung zu Kontrakturen durch angeborene Formstörungen der Knochen und Gelenke aus. Gegenüber der bei der ersten Gruppe mehr oder weniger zur Geltung kommenden Muskelwirkung ist für ihn besonders charakteristisch der Kontrast zwischen Schwere der Adduktionsstellung und der schlechten Entwicklung bezw. dem auffälligen passiven Verhalten der Muskulatur. Ferner bekundet die typische Verschiebung der Fusswurzel- und Mittelfussknochen, dass bei der Entstehung des essentiellen Adduktus deformierende Kräfte am Werk waren, die dem Fuss eine gewisse Zwangsläufigkeit verliehen und ausser Bereich der korrigierenden Funktion der Fussmuskeln lagen. Mögen diese Kräfte ihren Ursprung in fehlerhafter Keimanlage oder in Raumbeschränkung in utero finden, jedenfalls berechtigen uns die Ergebnisse der bisherigen Beobachtungen, diese Art der Adduktionsdeformität des Fusses als eigenes Krankheitsbild abzugrenzen. Cramer lenkte in dieser Zeitschrift zuerst die Aufmerksamkeit auf diese angeborene Fussdeformität. An der Hand eines Falles von Metatarsus adductus congenitus weist er nachdrücklich auf den Unterschied hin, der zwischen diesem und dem oben angeführten Metatarsus varus besteht. „Bei letzterem sind die Mittelfussknochen verbogen, verkrümmt, mit der Konvexität nach aussen und oben. Bei dem Metatarsus adduktus sind sie nach innen abgewichen, unter Beibehaltung ihrer Form, ohne ihre Gestalt irgendwie verändert zu haben.“ Cramers Beobachtung ist aber besonders dadurch von Bedeutung, dass sie ein 9monatliches, noch nicht gehfähiges Kind betraf. Da also eine sekundäre Verbildung des Fusses durch den Gang mit Sicherheit auszuschliessen war, bildet dieser Fall ein einwandfreies Dokument für die Behauptung, dass eine



Adduktionsdeformität auch angeboren und auf passivem Wege entstanden sein kann.

Das Vorkommen dieser angeborenen Fussdeformität konnte ich auf Grund von 2 einschlägigen Fällen der Münchener orthopädischen Poliklinik bestätigen. Ueber eine ähnliche Beobachtung hat auch von Mayersbach auf dem letzten Orthopädenkongress 1913 berichtet und eine eigene Methode zu ihrer operativen Beseitigung angegeben.

Ehe wir aber auf die gemeinsamen klinischen Erscheinungen dieses kongenitalen Pes adduktus näher eingehen, mögen hier drei weitere kasuistische Beiträge auszugsweise Platz finden, die mir von Prof. Cramer und Dr. Deutschländer-Hamburg gütigst überlassen wurden.

1. Wilhelm S., 10 Jahre, Cöln.

Anamnese: Keine Erblichkeit nachzuweisen. Bei der Geburt konstatierte der Arzt Querlage. Die Verbildungen der Füsse brachte das Kind mit auf die Welt. Trotzdem lernte es rechtzeitig laufen und klagte nie über Schmerzen. Kommt zum Anmessen eines Paares Schuhe, die er besonders am Aussenrande der Sohle und an der Innenseite des Vorschuhes rasch verschleisst.

Objektiver Befund: Schwächlicher, schlecht ernährter Junge ohne sichere rachitische Stigmata.

Abgesehen von leichtem Wackelknie sind an den unteren Extremitäten beide Füsse, besonders aber der rechte abgeflacht und im Sinne eines Pes adduktus stark verändert.

Im Liegen ist der ganze Fuss leicht supiniert und plantarflektiert. Der Vorderfuss erscheint im Chopart'schen Gelenk hochgradig adduziert, sodass die Verlängerung des Metatarsale II durch die Tuberos. Metatarsi V verläuft.

Bei der Belastung schwindet jedoch die Plantarflexion, teilweise auch die Supination und die Adduktion springt in ihrer ganzen Schwere in die Augen. Während die Ferse in Mittelstellung steht, ist der innere Fussrand in der Höhe des Kahnbeins stark nach einwärts abgebogen. Dem entsprechend zeigt die äussere Fusskontur einen konvex geschweiften Verlauf mit dem Scheitelpunkt in der Gegend des Würfelbeins. Die Keilbeine sind zusammengeschoben, nach aussen verlagert und als abnorme Vorwölbung seitlich am Fussrücken sichtbar. Die Metatarsen und alle Zehen zeigen eine nach einwärts gerichtete Tendenz.

Die Sohlenhaut ist nur an der Ferse, dem äusseren Fussrande und dem Kleinzehenballen mit Schwielen bedeckt. Statt des Grosszehenballens wird die nach Art eines Hallux malleus plantarflektierte Grosszehe beansprucht.

Muskelbefund und Beweglichkeit: Alle Muskeln funktionieren, ihre Sehnen sind jedoch abnorm schlaff, auch in den Supinatoren und Abduktor hallucis kein vermehrter Tonus. — Supination etwa normal, Pronation und Abduktion = O, Dorsalflektion um etwa 1/4 eingeschränkt. Die Abduktionsdeformität ist kontrakt und lässt sich manuell nicht ausgleichen.

Der Gang ist breitspurig, leicht stolpernd und erfolgt mit schlechter Abwickelung der nach einwärts gesetzten Füsse.

Im Röntgenbild sind die proximalen Enden der Metatarsalia II—V fächerförmig übereinander geschoben. Die Keilbeine sind nach aussen zusammengedrängt, sodass die Schatten des II. und III. teilweise in die Konturen



des Würfelbeines fallen. Der Gelenkspalt, besonders des Calcaneo-Cuboidgelenks klafft weit.

Therapie: Da eine Operation von den Eltern abgelehnt wird, beschränkt sich die Behandlung auf konservative Massnahmen.

2. Peter O., 3 Jahre, Cöln.

Anamnese: In der Verwandtschaft keine ähnlichen Leiden. Wurde mit den Fussdeformitäten geboren. Er lernte aber rechtzeitig laufen, fiel nur dabei öfters über seine eigenen Füsse und klagt in letzter Zeit über Schmerzen beim Anziehen der Schuhe. Abgesehen von rascher Ermüdung keine wesentlichen Beschwerden.

Status: Geweckter, gut entwickelter Junge mit frischer Gesichtsfarbe und gesunden inneren Organen.

Keine nachweisbaren rachitischen Erscheinungen.

Beide Füsse sind in der Weise symmetrisch deformiert, dass die Vorderfüsse im Sinne der Adduktion nach einwärts verkrümmt sind und die Fusswurzelknochen am Fussrücken stärker hervortreten.

Im Liegen nehmen die Fersen Mittelstellung ein, im Stehen dagegen deutliche Valgusstellung.

Dorsal- und Plantarflexion in vollem Umfange möglich, Supination vermehrt, Pronation vermindert.

Gang etwas watschelnd, mit flach aufgesetzter Fussohle. Dabei werden die Füsse nach einwärts gekehrt, sodass die Grosszehen aneinander vorbeistreichen.

Im Röntgenbild ähnliche, wenn auch nicht so schwere Veränderungen wie im ersten Falle.

Therapie: Redression beider Füsse in Narkose, Gipsverbände, später Nachtschienen, Einlagen und Schuhe.

3. Walter F., 3½ Jahre, Werftdirektorssohn, Hamburg.

Anamnese: Den Eltern ist aufgefallen, dass der rechte Fuss beim Gehen stark nach einwärts gesetzt wird. Der Gang besteht in dieser Weise schon von Beginn des Laufens an.

Objektiver Befund: Kräftiges Kind mit gut entwickelter Muskulatur und gesunden inneren Organen.

Bei ruhiger Haltung zeigt der Fuss keine nennenswerten Formabweichungen im Sinne eines Varus, dagegen ist der Vorderfuss stark adduziert und bildet auch bei der Belastung mit dem Hinterfuss in der Gegend des Chopart'schen Gelenkes einen sich innen öffnenden, stumpfen Winkel. Die Ferse steht in Mittelstellung. Eine Innenrotation der Hüfte besteht nicht.

Die grosse Zehe wird beim Gehen in starker Plantarflexion aufgestellt.

Im Röntgenbild decken sich die Basen der 4 äusseren Metatarsalien teilweise, während ihre Köpfchen den Zusammenhang mit den zugehörigen Zehen verloren haben. Auch hier findet sich die Ueberschneidung des 2. und 3. Keilbeines mit den Umrissen des Cuboid.

Therapie: Mehrfaches Redressement. Gipsverbände, Massage, Nachtschiene, passendes Schuhwerk.

Nach 4 Monaten Adduktionsstellung des Fusses vollständig beseitigt.

Klinisch zeigen demnach sämtliche Fälle eine weitgehende Uebereinstimmung der Formabweichungen. Stets ist der Fuss mehr oder weniger abgeflacht und der vordere Fussabschnitt ausserordentlich hochgradig nach einwärts gedreht. Die Adduk-

tionsstellung des Vorderfusses überschreitet bei weitem die durch den Muskel- und Gelenkmechanismus gezogenen physiologischen Grenzen. Wenn auch häufig mit geringer Supination und Plantarflexion vermischt, bildet sie doch stets das Hauptsymptom der Deformität und äussert sich auch an den übrigen Abschnitten des Fusses durch Verschiebungen der Fusswurzelknochen und Stellungsänderungen der Ferse.

Allerdings ist die Ferse nicht immer gleichmässig abgewichen. Je nach Art und Stärke der deformierenden Kräfte nimmt sie bald Valgus-, bald Mittelstellung ein. Zur Ueberkorrektur im Sinne der Einwärtsdrehung, die nach dem oben abgeleiteten Entstehungsmechanismus des funktionellen Pes adduktus hätte erwartet werden können, war es in keinem von unseren angeborenen Fällen gekommen. Zwar muss der hierbei wiederholt beobachtete Hallux malleus als ein gegen die akzidentelle Abflachung des Fussgewölbes gerichteter Korrektionsversuch gedeutet werden, keinesfalls war die aktive Korrektion aber soweit fortgeschritten, dass durch Zug der kurzen Fussmuskeln und des Abduktor hallucis eine ausreichende Knickung des Fusskelettes und damit Varusstellung der Ferse hervorgerufen worden wäre.

Einheitlicher gestalten sich für den kongenitalen Pes adduktus die Röntgenbefunde. Die Metatarsalien kreuzen regelmässig die Längsachse des Fusses und verlaufen teilweise leicht geschwungen schräg nach innen und vorn. Das Metatarsale I ist abnorm stark entwickelt, II — V sind dagegen weit schwächer, erscheinen zusammengedrängt, überschneiden sich fächerförmig an ihren Basen und haben in einigen Fällen distal den Zusammenhang mit den zugehörigen Zehen verloren. Ebenso typisch ist die von der Norm abweichende Lage der Keilbeine. Durch Adduktion des Vorderfusses seitlich verschoben bilden sie am inneren Fussrande eine vor dem Kahnbein gelegene eigenartige Aussparung. Andererseits fallen die Umrisse von Kuneiforme II und III teilweise in den Schatten des Würfelbeines. Auf der seitlichen Ansicht ist ferner deutlich die oben erwähnte Plantarflexion des Talus zu erkennen. Auch das Klaffen der Gelenke zwischen Sprung- und Fersenbein und Fersen- und Würfelbein kehrt nach unseren Untersuchungen immer wieder.

Die Therapie des Pes adductus congenitus besteht bei leichten und mittelschweren Fällen in manueller Redression mit nachfolgenden Gipsverbänden. In hartnäckigen Fällen wird das operative Verfahren herangezogen werden müssen, welches v. Mayersbach mit gutem Erfolge angewendet hat. v. Mayersbach verpflanzt das distale Ende des Muscul. abductor hallucis vom lateralen





Fig. 1. Hammerzehenplattfuß mit Metatarsus varus nach Prof. Cramer.



Fig. 3. Pes adductus congenitus. Sohlenansicht.



Fig. 2. Röntgenbild von Pes adductus congenitus. Aufnahme von der Seite (gehört zu Fall 2).

Duncker.





Fig. 4. Röntgenbild von Pes adductus congenitus.



Fig. 5. Röntgenbild von doppelseitigem Pes adductus congenitus.

Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6

Sesambein auf das mediale und fügt ausserdem eine Raffung des Peronaeus brevis und eine Verlagerung des Ansatzpunktes des Tibialis anticus nach Müller hinzu. Für veraltete kontrakte Fälle bleibt schliesslich als radikale Methode die laterale Keilresektion aus den Fusswurzelknochen übrig. Meist werden jedoch unblutige orthopädische Massnahmen zum Ziele führen.

Alles in allem bietet der essentielle Pes adductus ein so gut charakterisiertes klinisches Bild dar, dass ihm fortan eine selbständige Rolle unter den angeborenen Fussdeformitäten zugewiesen werden muss.

Zum Schlusse obliegt mir die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Cramer und Herrn Dr. Deutschländer für die Ueberlassung des interessanten Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur:

Tilanus: Ueber die abnorme Rotation der unteren Extremitäten und ihre Behandlung mittels Rotationsverbänden. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. III, p. 136. — Chlumsky: Die abnorme Innenrotation der Beine. Arch. f. Orthop., Bd. IV, H. 1—2. — Rosenfeld: Die idiopathische Innenrotation der Beine. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. 25, p. 437. — Vulpius: Zur Bekämpfung der pathologischen Innenrotation der Füsse. — Zentralbl. f. Chir. u. mech. Orthop., Bd. IV, p. 11. — Hasebroek: Ueber schlechte Haltung und schlechten Gang der Kinder im Lichte der Abstammungslehre. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXVI. — O. Foerster: Das phylogenetische Moment in der spastischen Lähmung. Berlin. klin. Wochenschr. 1913, Nr. 26 und 27. — Ranneft: Seltene Missbildung des Fusses. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. IV. — Hofmann: Entstehung und Behandlung der Klumpzehen. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. VIII. — Nasse u. Borchardt: Bruns-Bergmann, Handbuch der prakt. Chirurgie, p. 1078. — Nicoladoni: Der Hammerzehenplattfuss. Wiener klin. Wochenschr. 1895, Nr. 15. — Vulpius: Hammerzehenplattfuss. Münchener med. Wochenschr. 1896, Nr. 35. — Cramer: Metatarsus varus congenitus. Arch. f. Orthop. Mechanother. und Unfallchir., Bd. II, p. 370. — Bardenheuer: Der stat. Pes valgus und valgo-planus, seine Ursache, Folgen und Behandlung. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXVI, p. 1. — Duncker: Pes adductus. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXX. — v. Frisch: Ueber Metatarsus varus congenitus. Wiener klin. Wochenschr. 1912. — M. Huber: Ueber Plattfussbehandlung unter besonderer Berücksichtigung rationellen Schuhwerks. Dissertation, Leipzig 1913. — Spitzy: Die körperliche Erziehung des Kindes. Urban und Schwarzenberg. 1914. — Preiser: Statische Gelenkerkrankungen. F. Enke. 1911. — Cramer: Metatarsus adductus congenitus. Zentralbl. f. Orthop. 1909, S. 329. — v. Mayersbach: Die operative Behandlung des essentiellen Pes adduktus. Verhandlungen der Deutschen orthop. Ges., Bd. XII, p. 372.



1) **Wetterer.** Handbuch der Röntgentherapie nebst Anhang: Die radioaktiven Substanzen in der Therapie. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Band II. Mit 165 Figuren im Text, 12 Tafeln in Mehrfarbendruck und 18 Tafeln in Schwarzdruck. Zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Otto Nemnich, Leipzig 1914, Preis 26 Mark.

Der zweite Band bringt die spezielle Röntgentherapie in einem Buche von Kapiteln, von denen uns namentlich diejenigen über tuberkulöse und nichttuberkulöse Knochen- und Gelenkkrankheiten interessieren.

Die eigenen reichen Erfahrungen des Verfassers und die Veröffentlichungen der letzten Jahre sind sorgfältig in die neue Auflage eingereiht worden. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis beschliesst das ausgezeichnete Werk. Vulpius, Heidelberg.

2) **Chirurgie der Extremitäten,** bearbeitet von Borchardt. v. Brunn, Friedrich, Hoffa, v. Hofmeister, Reichel, Schreiber, Wilms. Mit 770 teils farbigen Textabbildungen. Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1914. Preis 35.20 Mark.

Der 1300 Seiten starke Band V des Handbuches der praktischen Chirurgie hat in der 4. Auflage eine durchgreifende Umarbeitung und Ergänzung erfahren sowohl in Textbildern wie im illustrativen Teil. Insbesondere ist die Wiedergabe der zahlreichen Röntgenplatten eine ganz ausgezeichnete.

Der vorliegende Band stellt unzweifelhaft die beste Extremitätenchirurgie dar, die wir benutzen, und ist auch für den Orthopäden von grösster Wichtigkeit, wenn auch einzelne für ihn wichtige Dinge naturgemäss kürzer behandelt sind, als es den Bedürfnissen der Spezialisten entspricht. Vulpius, Heidelberg.

3) **Champtassin et Castanig.** Gymnastique: étiquettes et méthodes. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 33, 54, 62, p. p. 517, 870, 1016.)

Vv. beschäftigen sich mit der Definition des Ausdrucks „Gymnastik“, erwähnen kurz die bekannten Methoden, denen allen das Ziel gemeinsam ist, durch Art, Quantität und Qualität einer bestimmten Körperarbeit vorausgesehene gewünschte kinetische und somatische Erfolge zu erzielen und die Resultate eine Zeit lang zu erhalten. Es werden reichlich Vergleiche aus dem Tierreich (Training) herbeigezogen und wissenschaftlich die Verteilung der verschiedenen Gewebsarten unter dem Einfluss der Gymnastik in Bezug auf den Kalorienwert in Betracht gezogen.

Spitzer-Manhold, Zürich.



4) **Kellett Smith.** The necessity for selection and for skilled supervision in the treatment of spinal deformities by exercise. (The Brit. med. Journ. 27. IX. 13, p. 806.)

Verf. spricht für die individuelle Behandlung der Kinder mit spinalen Deformitäten, geschulte Leitung und ärztliche Ueberwachung der Uebungen und befürwortet die Einrichtung orthopädischer Anstalten mit regulärem Schulunterricht, erstens, um die Kinder während der Entwicklungsjahre gegenüber den gesunden im Unterricht nicht zu weit zurückzubringen, zweitens, um sie geistig abzulenken und ihnen passende Altersgefährten zur Gesellschaft zu geben. Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **Bankart.** The treatment of acute poliomyelitis (infantile paralysis). (The Brit. med. Journ. 27. IX. 13, p. 809.)

Verf. ist gegen jede aktive Therapie in jedem Stadium der Poliomyelitis, keine Massage, keine Elektrizität, keine abnehmbaren Schienen. Für ihn gibt es in der Behandlung nichts anderes als: Fixation der geschädigten Muskeln in entspanntem Zustand für sehr lange Zeit in festem, nicht zu wechselndem Gipsverband.

Spitzer-Manhold, Zürich.

6) **Redard.** Du traitement chirurgical et orthopédique du mal de Little. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 11, p. 327.)

Im Gegensatz zu andern Autoren, die von den Muskel- und Sehnenoperationen bei Littlescher Krankheit nicht viel halten, verteidigt sie Redard sehr, nicht nur dass sie die fehlerhaften Stellungen und Difformitäten korrigieren, sondern sie verringern und beseitigen auch die spastischen Zustände und wirken reizherabsetzend auf das Rückenmark. Als Ausnahmeoperationen bei sehr schweren Fällen werden die Förstersche und die Stoffelsche erwähnt. Je früher die musculo-tendinösen Eingriffe vorgenommen werden (zwischen dem 3.—5. Lebensjahr), desto besser für die Aussichten, ein relativ normales Verhalten der Extremitäten zu erreichen. Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **De Martel.** La technique opératoire en chirurgie nerveu. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 129f., 2045.)

Verf. gibt seine eigenen Erfahrungen aus der Nervenchirurgie (Hirn, Rückenmark, Nervenwurzeln) zum besten. Der Schock ist der ärgste Feind des Nervenoperateurs, weil man über seine Entstehung im Unklaren ist und ihn deshalb nicht sicher vermeiden kann. Einen Anhaltspunkt gibt das Sinken des arteriellen Blutdruckes, deshalb



bringt Verf. bei jedem zu Operierenden das Palchonsche Oscillometer an und sobald ein Sinken eintritt, wird die Operation unterbrochen, bis der Blutdruck sich wieder erholt hat. Sinkt er abermals bei fortgesetztem Operieren, so wird der Eingriff für diese Sitzung unterbrochen und der Kranke ins Bett gebracht. Eine ständige Berieselung des Operationsgebietes mit warmem Salzwasser wird ebenfalls bei den Operationen, die Verf. vornimmt, ausgeführt. Je früher ein Patient operiert wird, d. h. in je besserem Gesundheitszustand, desto günstiger sind die Operationsaussichten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Rispal et Pujol.** Sur un cas d'ataxie aigue avec guérison rapide. (Gaz. des hop. 86e année No. 56, p. 901.)

Eine junge, bis dahin gesunde Frau von nervösem Temperament wird plötzlich von einer unbestimmten Infektion befallen. Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, darauf Ataxie aller 4 Extremitäten, Sprachstörungen, Intentionszittern. Intelligenz und Sphinkteren intakt. Nach 10 Tagen rapide Heilung, so dass an einer vollständigen Wiederherstellung nicht zu zweifeln ist. Die Ataxie hatte den Typus einer cerebellaren. Von einigen Autoren würde diese Erkrankung vielleicht als akuter Anfang einer disseminierten Sklerose angesehen werden, die Störungen hier sind aber mehr kongestiver als degenerativer Natur und zu flüchtig, als dass man eine ernste Prognose stellen müsste.

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Benon.** Les névroses traumatiques. (Gaz. des hop. 86e année, No. 98 et 102, pp. 1535 et 1594.)

Verf. beschäftigt sich mit den verschiedenen Formen traumatischer Neurosen (traumatische Asthenie, Hyperthymie, Hypochondrie) nach Aetiologie, klinischen Symptomen, eigenen Beobachtungen und Literatur ohne etwas Neues oder Wesentliches für die Unfallkunde aus diesen Betrachtungen abzuleiten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **Frank, Erwin** (Berlin). Berufskrankheit oder Unfall? (Aerztl. Sachverst. Ztg. 1913, Nr. 16, S. 339—340.)

In der Einleitung bespricht F. die Stellung einzelner Länder (England, Österreich-Ungarn, Frankreich, Holland und Schweiz) zur Entschädigung der Berufskrankheiten, eine Frage, die in Deutschland insofern eines aktuellen Interesses nicht entbehrt, als im Reichstag am 5. Febr. 1913 ein Antrag eingebracht wurde, der Bundesrat möge von der ihm durch den § 547 R.V.O. erteilten Ermächtigung Gebrauch machen „Die Unfallversicherung auf be-



stimmte gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen.“ Verf. warnt vor einer Übereilung, da die gegenwärtige Rechtsprechung für viele, wenn nicht für die Mehrzahl der in Betracht kommenden Fälle ausreiche. Er bringt vier Grenzfälle von gewerblichen Vergiftungen, bei denen eine Entschädigungspflicht anerkannt wurde. (Geisteskrankheit, anerkannt als Folge der Vergiftung mit Kamphylendämpfen. — Vergiftung durch Schwefelsäuredämpfe. Tod nach 38 Stunden. Anerkennung der Hinterbliebenenansprüche. — Vergiftung durch Kalkgase. Tod. Anerkennung der Entschädigungspflicht. — Unheilbare Erblindung durch Einwirkung von Blausäuredämpfen. Entschädigungspflicht durch Schiedsgericht abgelehnt, vom R.V.A. anerkannt.—) Dagegen wurde eine Hohlhandphlegmone bei einem Hobler als Berufskrankheit angesehen und nicht entschädigt.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

11) **Ott,** Oberstabsarzt (Saargemünd). Zur Untersuchung unfallverletzter Gelenke. (Aerztl. Sachverst. Ztg. 1913, Nr. 16, S. 342.)

Verf. empfiehlt bei Bewegungsversuchen besonders auch auf die gleichzeitige Bewegung des verletzten und gesunden Gliedes zu achten. Natzler, Mülheim-Ruhr.

12) **Goodhue**. The surgical cure of leprosy, based on a new theory of infektion. (The New York med. Journ. Vol. XCIII, Nr. 6, p. 266.)

Chirurgische Entfernung des primären Herdes kann die Lepra, wenigstens für Jahre hinaus, zum Stillstand bringen. Das Nastin von Deycke ergab verschiedene Resultate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Wollenberg, G. A.** (Berlin). Zur Differentialdiagnose der chronischen Gelenkerkrankungen. (Zschr. f. orthop. Chir. 1914, Bd. XXXIV, S. 168—173.)

Durch die Röntgendiagnose allein bei chronischen Gelenkserkrankungen ein sicheres Urteil fällen zu können, ist nicht möglich. Ähnlich erscheinende Bilder können ätiologisch völlig differenten Fällen entstammen.

Es ist z. B. nicht möglich, die primär und sekundär chronische Form der progressiven Polyarthritis auseinanderzuhalten. So können bei Tuberkulose, Gicht, gonorrhoischer Arthritis und luetischer ähnliche Formen im Röntgenbild auftreten, die, trotz aller für die Differentialdiagnose angegebener Unterschiede. Keinesfalls dürfen also die übrigen Untersuchungsmethoden und besonders eine exakte Anamnese vernachlässigt werden. Natzler, Mülheim-Ruhr.



14) **Ménard.** Rhumatisme ankylosant généralisé d'origine tuberculeuse. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 62, p. 1013.)

V. teilt einen selten ausgeprägten Fall von allgemein ankylosierendem tuberkulösen Rheumatismus bei einem 41 jährigen Kranken mit, der wie ein Holzklotz steif daliegt, das Kiefergelenk und die Finger können etwas bewegt werden, während alle anderen Gelenke ankylosiert sind. In der Familie ist Tb, der Kranke selbst war als Kind zart, hustete etwas, hat aber ausser Röteln keine akuten Krankheiten durchgemacht. Mit 20 Jahren trat am linken Fussgelenk eine Geschwulst auf, die später eiterte und Fisteln bildete. Allmähliche Versteifung der linken unteren Extremität, der Wirbelsäule, des rechten Beines. Ueber beiden Spitzen ist die Atmung rauh, der Lungenschall abgeschwächt, der Zirkulations-, Digestions- und Genitalapperat sind gesund (nie eine venerische Infektion), der Intellekt vollständig klar. Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Elmslie, R. C.** (London). Die physikalische Behandlung der Gelenkkrankheiten, im besonderen der tuberkulösen Gelenkkrankheiten. (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 405—411.)

Kranke Gelenke sollen nicht früher bewegt werden, bevor die aktive Entzündung sicher vorbei und die Heilung im Gang ist.

Zur Behandlung der Gelenktuberkulose:

I. Die Behandlung hängt ab von der genauen Diagnose und der genauen Erkennung des pathologischen Prozesses.

II. Es darf nicht nach einer einzigen Methode behandelt werden. (Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung.)

III. Prinzipien der Behandlung:

a.) Ruhigstellung und Distraktion der Gelenkflächen.

b.) Fixation des Gelenks in zweckmässiger Stellung.

IV. Die Behandlung ist in geschlossener Anstalt durchzuführen.

Interessieren mag noch eine statistische Angabe: Von 824 Kindern, die Verf. in London gesehen hat, waren nur 22% in Spezialanstalten behandelt worden. Die anderen wurden poliklinisch behandelt. „Die Resultate waren immer schlecht" — — —.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

16) **Wilms, M.** (Heidelberg). Physiotherapie der Gelenkkrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 321—336.)

W. bespricht zuerst kurz die Röntgenstrahlen, Radium und Thorium X erzielten Resultate bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus. Die ersten Berichte über erfolgreiche Behand-



lung des Gelenkrheumatismus gehen schon auf das Jahr 1897 zurück (Sokolow). In den letzten Jahren hat sich das Interesse mehr der Radiumtherapie zugewandt. Hauptsächlich wird nach His-Gudzent und v. Noorden-Falser der primär-chronische Gelenkrheumatismus beeinflusst, sowohl in der exsudativen wie in der trockenen Form. Auch akuter Gelenkrheumatismus wurde an der Wiener Klinik günstig beeinflusst. Mit Thorium X sind grössere Versuche beim Rheumatismus noch nicht gemacht worden.

Dann geht Verf. auf die Behandlung der Gelenktuberkulose mit Röntgenstrahlen über. Die ersten Mitteilungen gehen auf das Jahr 1898 zurück (Kirmisson). Iselin hat als erster ein grosses Material systematisch, nach einer besonders ausgebauten Technik, behandelt. W. geht näher auf dessen Fälle und seine Technik ein und ist unter Erwähnung der starken, von Gauss bei gynäkologischen verabreichten Dosen der Ansicht, dass man zweifellos auch bei der Tuberkulose noch energischer vorgehen wird. Beitragen werden hierzu die Verbesserungen von Gauss u. a. am Instrumentarium. Bezüglich der Frage der Einwirkung auf lokalen Herd und Allgemeinzustand stellt W. fest, dass schwammige Granulationsmassen ohne Zweifel eingeschmolzen werden. Das auftretende Narbengewebe ist zart, wie bei der Sonnenbehandlung. Knochen wird sowohl resorbiert als auch neugebildet. Der Gesamtzustand des Körpers bessert sich ebenfalls unter der Röntgentherapie.

W. will nicht einseitig Röntgentherapie bei Knochentuberkulose treiben, sondern mit entsprechender Diät und Sonnenbehandlung kombinieren. Er unterstützt durch Punktionen, Ausräumung käsiger Massen von kleiner Inzisionsstelle aus und spritzt Jodoform ein. Die Tuberkulinkur hält er bei fungösen Formen für angebracht. Grössere Operationen sind Ausnahmefälle. Bei Coxitis und Spondylitis von Individuen über 30 Jahre ist anscheinend die Hochgebirgstherapie überlegen. Doch ist er der Ansicht, dass die guten Resultate im Hochgebirge und am Meer bei gleichzeitiger Röntgenbehandlung noch schneller erreicht würden.

Die Erfolge der Physiotherapie zwingen den Chirurgen zur völligen Umwertung ihrer Ansicht. Natzler, Mülheim-Ruhr.

17) **Rollier, A.** (Leysin). Über die Sonnenbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 327—337. Mit 43 Abbildungen.)

Der Artikel eines der „Altmeister“ auf dem Gebiet der Sonnenbehandlung rechtfertigt ein ausführliches Referat, zumal er eine



Menge Details bringt, die jedem, der sich mit der Lichtbehandlung der Tbc. beschäftigt, Nutzen und Anregung bringen. Die beigegebenen Abbildungen sind durchweg sehr instruktiv, teilweise wirken sie direkt verblüffend.

Die „chirurgische“ Tuberkulose ist keine lokale, sondern eine Allgemeinerkrankung. Deswegen ist eine Allgemeinbehandlung das unbedingte Erfordernis. Dem wird am besten durch Sonnenbehandlung Rechnung getragen. Die Sonne kann aber nur bei völligem Freibleiben der Haut ihre ganze Wirkung entfalten. Deshalb kein Gipsverband, der so viele Nachteile hat.

Vorbedingung zur Sonnenbehandlung ist systematisches Gewöhnen an die freie Hochgebirgsluft, Luftkur. In den ersten Tagen keine Besonnung. Während dieser Zeit genaue Beobachtung in Bezug auf Atmung, Blut, Urin etc.

Stets wird mit Bestrahlung der Füsse begonnen. Durch diese „Ableitung“ wird üblen Zufällen, wie Kongestionen, Kopfschmerzen, Schwindel und zu starken lokalen Herdreaktionen vorgebeugt. Nach den Füssen kommen die Unterschenkel an die Reihe, dann die Gegend bis zur Leistenbeuge. Am 4. und 5. Tag der Besonnung Bauch und Brust (eventuell feuchte Kompressen auf die Herzgegend!). Am 6. und 7. ev. Hals und Kopf. Bestrahlt wird am 1. Tag 3—4mal 5 Minuten in Intervallen, am 2. Tag Fuss 10, Unterschenkel 5 Minuten u.s.w. in arithmetischer Reihe, bis die Gesamtbesonnung in 6—8 Etappen erreicht ist. Schliesslich kommt man auf 4—8 stündige Totalbesonnung.

Besondere Wichtigkeit legt R. der Pigmentierung bei. Sie ist für ihn „der Ausdruck und proportional der individuellen Widerstandsfähigkeit.“ Schnelligkeit und Grad des Auftretens erlauben einen sicheren Rückschluss auf die Prognose. Das Pigment macht die Haut besonders resistent; es begünstigt die Heilung und Vernarbung von Wunden der Fisteln.

Für die Behandlung der tuberkulösen Arthritiden (inklusiv Spondylitis), gilt als Grundsatz „strikte und lang andauernde Ruhigstellung bei Entlastung vom Körpergewicht.“ Dem wird am ehesten durch Immobilisierung in Horizontallage entsprochen. Im Gegensatz zum Tiefland bekommt die Immobilisierung längster Dauer in der Hochgebirgsluft glänzend.

Bei Tbc. der Wirbelsäule wechselt R. mit Bauch- und Rückenlage. Durch ein mit Schnallen schliessbares und durch Längsriemen am Kopf- und Fussende des Bettes befestigtes Tuchkorsett wird



die Immobilisation bewirkt. Über beide Schultern laufen noch Bänder. Besonders wichtig ist die harte, flache Unterlage. Darüber das Leintuch glatt gezogen und an den vier Ecken fixiert. Darauf kommen Sand- oder Spreukissen zum Stützen bezw. Heben der Wirbelsäule. Durch verschiedene Dicke derselben kann die gewünschte Korrektur bezw. Überkorrektur erzielt werden. Unter das Becken mit Öffnung für Kreuz- und Steissbein.

Bei Spondylit. cervic. kombiniert R. auch mit Extension durch Glissonsche Schwebe.

Bei Coxitis kein G.-V. Kissen unter das Becken: dadurch leichte Hyperextension der untern Extremitäten. Kombinierung mit Extension nach Bardenheuer oder mittels gepolsterter Fesseln über den Knöcheln. Adduktion wird durch seitlich wirkende, über dem Knie angreifende, und über eine Rolle am Bett laufende Extension korrigiert. Resultate, abgesehen von Fällen mit Amyloiddegeneration, glänzend: Resorption kalter Abszesse, Verschluss der Fisteln, Stellungskorrektur bei glänzender Muskulatur und idealer Hautbeschaffenheit. Nicht zuletzt: Wiederkehr der spontanen Beweglichkeit des Gelenks.

Bei Gonitis ebenfalls Kombination von Bestrahlung und Extension. Zur Entwickelung der Oberschenkelmuskulatur systematische Quadrizepskontraktionen. Die Subluxation wird behoben durch eine an die luxierte Partie adaptierte Schiene, die an einem Holz- oder Eisenbogen elastisch aufgehängt ist. Redressement forcé ist überflüssig.

Bei Fuss-Tbc.: Fuss und Unterschenkel bequem lagern, so dass der Fuss höher steht als Knie und Becken. Rechtwinklig gebogene, nach vorn offene Schiene zur Vermeidung des Spitzfusses. Nach Aufhören der Schmerzen vorsichtige und progressive Bewegungen im Gelenk. Erfolge: Meist Rückkehr der Beweglichkeit, ohne Ausnahme bei Tbc. des Talo-crural-Gelenks.

Bei Tbc. des Schultergelenks ist eine spezielle Immobilisation unnötig. Der hängende Arm wirkt als natürliche Extension.

Ellbogen- und Handgelenk-Tbc.: Abnehmbare Schienen aus Celluloid. Gelenkfunktion bleibt meist, bei Hand-Tbc. stets erhalten.

Tbk. des sacro-iliacal-Gelenks: Solange geschlossen ist die Prognose gut. Fistelbildung trübt sie bedeutend.

In allen Fistelfällen hat R. auf jede Injektion verzichtet (wie auch jede Tuberkulininjektion zur Allgemeinbehandlung). Neben der Intoxikationsgefahr ist die Verstopfung des Abflusskanals



zu fürchten. Er vermeidet Okklusivverbände. Bei sehr reichlicher Sekretion legt er nachts Kompressen steriler Gaze auf, bei geringerer schützt er die Wunde durch ein schalenartiges, weites Drahtnetz.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

18) **Ménard, V.** (Berck-Plage). Die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündungen in der Seestation zu Berck. Mit 23 Abbildg. (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 372—404.)

M. beschreibt kurz die klimatischen Verhältnisse in Berck und die im Hôspital maritime gebräuchlichen Behandlungsmethoden, allgemeine Klimato-Thalassotherapie, sowie die lokale Luft- und Lichttherapie. Äussere Gründe: Frische der Temperatur, und besonders der Wind, machen eine Behandlung wie bei Rollier in Leysin, wo der ganze Körper der Sonne ausgesetzt wird, unmöglich. Die Hauptgruppen der in Berck behandelten Patienten sind solche mit äusserer Tuberkulose und mit Rachitis. Dem Seeklima legt er keine spezifische antituberkulöse Wirkung bei. Die Tuberkulose wird nicht aufgehalten, auch nicht in ihrer Dauer verkürzt. Sie verläuft anatomisch, wie im Binnenland auch, nur kommen die Patienten besser über die Krankheit weg, da sie in einen guten Allgemeinzustand versetzt werden. Im Gegensatz zu Rollier, der über Heilübungen von Coxitiden, Gonitiden u. ä. im Laufe von 2 Jahren berichtet, ist er der Ansicht, dass sie unbedingt 3—4, wenn nicht 4—5 Jahre brauchen. Geheilt werden alle Coxitis-, Gonitiskranke, alle Spondylitiker, aber „um den Preis langdauernder Behandlung und Pflege."

Von besonderer Wichtigkeit ist nach M. die lokale Behandlung. Punktionen von Abszessen hält er für sehr nützlich. Gipsverbände hält er unter Umständen für sehr nützlich, besonders zur augenblicklichen Behebung aller Gelenkschmerzen (cf. Lorenz!), auch die Sequestrotomie wendet er des Öfteren an. Er sucht in ihr einen „Vorteil, die natürliche Heilung zu beschleunigen" (cf. Vulpius).

Bezüglich des Ausgangs der Tuberkulosen im Hinblick auf die Beweglichkeit der Gelenke ist er der Meinung, dass die normale Beweglichkeit wiederkehren kann, wenn die Knorpelflächen nicht zerstört sind. Ist dies aber der Fall, so ist die vollständige Wiederherstellung eines Gelenks ausgeschlossen.

Das Redressement spondylitischer Buckel durch Apparate (Gipsminerva) schaltet er keineswegs aus. Verschlimmerung der Verkrümmungen bei Brust- und Halswirbelspondylitis sind nach seiner Meinung nur durch Gipsminerva aufzuhalten. Horizontallagerung allein genüge nicht.



Zusammenfassend: Ohne die Hilfe eines günstigen Milieus ist wenig zu tun. Die orthopädische-chirurgische Tätigkeit ist wichtig, die Physiotherapie prädominierend. Natzler, Mülheim-Ruhr.

19) **Schede, Fr.** (München). Die Röntgenbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen 1913., Bd. XXI, 3, S. 341—351.)

Verf. bespricht zuerst die Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Tuberkulose. Eine Wirkung auf die Tbc.-Bazillen selbst ist nicht ausgeschlossen, eine solche auf das tuberkulose Gewebe steht fest. Ausserdem wird der ganze Körper bei der Behandlung günstig beeinflusst. Von grösster Wichtigkeit ist die Feststellung der Wirkung der verschiedenen Strahlenqualitäten des Röntgenlichts. Ob harte oder weiche Strahlen zu verwenden sind, welche dieser im einzelnen Fall zu verabreichen ist, diese Fragen müssen erst noch wissenschaftlich untersucht und begründet werden. Iselin schlägt vor, grössere Dosen harter Strahlen zu geben, wenn eine Schrumpfung des erkrankten Gewebes erzielt werden soll, dagegen kleinere Dosen mittelstarker Strahlen, wenn der Zerfall und die Resorption eines einzelnen Herdes erstrebt wird. Wir sind heute keineswegs über das Stadium der Versuche hinaus, verschiedene Autoren wenden verschiedene Technik an (Verf. bringt die Technik der bedeutenderen Arbeiten auf diesem Gebiet). Die Freiburger Technik von Gauss lehnt Schede für die Tuberkulose ab, weil es nicht darauf ankommt, möglichst viel Strahlen auf ein bestimmtes Gebiet zu werfen, sondern weil erstrebt werden muss, eine bestimmte Dosis an die erkrankte Stelle zu bringen.

Über die zur Röntgenbehandlung geeigneten Formen herrscht noch keine Einigkeit. Vorläufig ist die Technik zu verschieden und das Material zu klein. Erfolge können aber fast alle Autoren mitteilen. Als direkte, offensichtliche Folgen bezeichnen fast alle Autoren: reichliche, dünne Sekretion, Zerfall und rasche Resorption von Fungusmassen uud Lymphdrüsen, Schluss von Fisteln, schnelle Überhäutung von Granulationen und Schmerzlinderung.

Sch. kommt zu dem Schluss, dass die Röntgenbehandlung nur in Verbindung mit anderen Methoden angewendet werden kann. Hebung des Allgemeinzustandes und orthopädische Behandlung bleiben die Grundlage; vielleicht werden durch die letztere die schädlichen Reize fern gehalten und durch die Röntgenstrahlen die natürlichen Schutzkräfte des Körpers noch angereizt, vielleicht auch die Tbc.-Bazillen direkt geschädigt. Natzler, Mülheim-Ruhr.



Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

20) **Schulthess.** Vorstellung von Fällen orthopäd. Leiden und Rundgang durch die Anstalt für krüppelhafte Kinder, Balgrist, Zürich. Ges. d. Aerzte des Kantons Zürich, 25. 11. 13. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte, 44. Jhrg., Nr. 19, p. 595.)

Im Anschluss an die Besichtigung der neu eröffneten Züricher Anstalt für krüppelhafte Kinder werden Fälle von Klumpfüssen, Hammerzehen, Pedes equino- vari und calcanei (mit Sehnentransplantation), verschiedene Tenodesefälle nach Quadrizepslähmungen, Plattfüsse, Hüftluxationen, nach Abbott behandelte Skoliosen vorgestellt. Ueber letztere Methode äussert sich Vortragender dahin, dass das Redressement zwar in der Flexionsstellung leichter und der Rippenbuckel müheloser zu beseitigen sei, die weiteren Dauererfolge der Methode aber noch abzuwarten seien, besonders das Auftreten von Rezidiven.

Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Guillain et Dubois.** Rhumatisme polyarticulaire aigu localisé sur un membre atteint d'une paralysie récente du plexus brachial. Soc. méd. des hopitanx, 23. 1. 14. (Gaz. des hop, 87e année, Nr. 11, p. 171.)

Bei einem 50jährigen, der vor einiger Zeit an Polyarthritis gelitten hatte, warfen sich erneuerte Schmerzen nach Schulterluxation und anschliessender Lähmung des rechten Brachialplexus ausschliesslich auf das traumatisch geschädigte Gebiet, ein gutes Beispiel für die Lokalisation einer Infektion an einem locus minoris resistentiae. Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Rollier.** Knochen- und Gelenktuberkulose unter heliotherapeutischer Behandlung. 2. Versamml. der Schweiz. Gesellsch. f. Chir. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte XLIV. Jahrg., Nr. 16, p. 498.)

Vortr. spricht über die Möglichkeit der Ausheilung jeder Knochen- und Gelenkstuberkulose unter Sonnenbehandlung, äussert sich gegen Anlegen von Gips- und Okklusivverbänden und erwähnt die röntgenologischen Resultate von über 4000 Radiographien: Verschwinden der Knochenatrophie, oft sogar vermehrte Kalkablagerung, Wiederherstellung der Knochenstruktur, scharfe Abgrenzung des Substanzverlustes, Osteophyten und Nearthrosenbildung, Rückbildung periostitischer Ablagerungen, Anpassung der Gelenke an ihre Funktion und Wiedereintritt der Beweglichkeit. Spricht auch für Einrichtung von Freiluft- und Sonnenbehandlung in der Ebene. Eine Diskussion, in der Kopp, Stierlin, de Quervain, Girard, Kocher, Bischer, Bernhard, Arnd ihre Erfahrungen mit Heliotherapie zum besten geben, schliesst sich dem Vortrag an. Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Vignard.** Sur quatre cas d'intervention sanglante pour fracture chez des enfants. Soc. de chir. de Lyon, 11. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 376.)



Vortr. teilt 4 Fälle von Frakturen bei Kindern mit, die teils durch Bolzung, Verschraubung oder Knochennaht mit der nötigen Asepsis behandelt gute Resultate lieferten. Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Durand.** Intervention sanglante dans les fractures. Soc. de chir. de Lyon, 11. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 377.)

Vortr. teilt 3 Fälle offener Frakturbehandlung mit (1. Fraktur beider Vorderarmknochen, 2. Fraktur an der Basis olecran, 3. komplizierte Fraktur des linken Unterschenkels in der Mitte), bei denen die Radiogramme gute Spätresultate und ausgezeichnete Korrektion zeigen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Wydler.** Über den Schutz der Thiersch'schen Transplantation mit Korkpapier. Med. Gesellsch. Basel, 18. 12. 13. (Korrespbl. f. Schweiz. Ärzte, XLIV. Jhrg. Nr. 9 p. 277.)

Das Korkpapier erfüllt alle Erwartungen, die man an ein gutes Deckmaterial für Transplantationsflächen stellen kann, aufs beste: lässt sich gut sterilisieren, ist porös und schmiegsam. Technik des Verbandes und Verbandwechsels (am 6. Tag). Für Krankenhaus und Privatpraxis empfohlen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Leriche.** Greffes musculaires hémostatiques. Soc. de chir. de Lyon, 8. 1. 14. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 527.)

Ein Ca der Schilddrüse bei einem 65jährigen wurde unvollständig entfernt. Die Höhle der Weichteile mit Teilen aus dem Sterno-cleido-mastoideus gedeckt. So wurde eine neue Kapsel gebildet und eine gute Hämostase erzielt. Ca. 50mal verwendete Vortragender Muskellappen zum Zweck der Hämostase mit gutem Erfolg. Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Picqué.** Sur un cas de torticollis congénital. Acad. de méd., 17. 3. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 33, p. 538.)

Manchmal ist es schwierig, den kongenitalen Ursprung eines Schiefhalses festzustellen. So operierte Vortr. ein 18jähriges Mädchen, das behauptete, das Leiden erst seit 2 Jahren zu haben. Man fand das Fehlen des sternalen Bündels des Kopfnickers und Atrophie des horizontalen Unterkieferastes. Vortr. führte die Resektion des Sterno-cleidomastoideus aus, und das Resultat war ästhetisch und funktionell sehr gut. Keinerlei orthopädische Nachbehandlung. Der Erfolg dauert bis jetzt. Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Scherb.** Ueber die kongenitale Lumbalskoliose. Ges. d. Aerzte in Zürich, 21. 2. 14. (Korrespbl. für Schweiz. Aerzte, 44. Jhrg., Nr. 20, p. 631.)

Vortr. untersuchte an einer Reihe von Fällen die kongenitale meist linkskonvexe Lumbalskoliose, die immer eine anatomische Veränderung am V. Lumbalwirbel (Assimilation des V. Lumbalwirbels, Assimilationstendenz, Spaltung des proc. spinosus, ungleiche Entwicklung seiner Wirbelbogen, Höhendifferenzen beider Seiten oder im Vergleich mit anderen Wirbeln) als Ursache hat, nicht auf statisch-mechanischer, sondern auf embryonaler ungleicher Keimanlage (geringerer Knochendichtigkeit, auf der Seite dann Stauchung intra vitam) beruht und noch unklar ist. In der Diskussion macht Schulthess auf das häufige Auftreten der Spondylolisthesis im jugendlichen Alter zwischen dem 12.—20. Lebensjahr aufmerksam und hält das Mitwirken eines epiphysären Prozesses dabei für wahrscheinlich.

Spitzer-Manhold, Zürich.



29) **Girard.** Luxation de l'épaule. Soc. méd. de Genève, 26. 2. 14. (Rev. méd. de la Suisse romande, 34e année, Nr. 4, p. 284.)

Bei einem Arbeiter konnte die Schulterluxation wegen Fraktur im oberen Drittel des Humerus nicht reduziert werden. Pseudarthrosenbildung im Bereich der Fraktur. Blutige Reposition mittels Ollierscher Inzision, Beseitigung der Pseudarthrose nach Resektion der Fragmente und Adaptation der Stümpfe mit Metallklammern. Jetzt bleibt nur noch die Mobilisation des Ellbogens und Skapulohumeralgelenkes nach. Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Regnard et Mouzon.** Poliomyélite aiguë de l'enfance à topographie radiculaire. Soc. de Neurol., 5. 3. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 32, p. 523.)

Es wird ein 12jähriges Mädchen vorgestellt, das seit dem 18. Monat an akuter Poliomyelitis leidet. Die Lähmung hat nur die Muskeln befallen, die vom V. u. VI. Zervikalast versorgt werden, so dass eine Lähmung im oberen Wurzelgebiet des plexus brachialis vorgetäuscht wird. Déjerine betont die Bestätigung seiner Theorie: dass die Rückenmarkslokalisationen monoradikulär sind. Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Déjerine et Krebs.** Paralysie du plexus brachial par luxation de l'épaule. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22 p. 349.)

Bei einem Kinde trat infolge fortwährenden Zerrens des einen Armes durch die Wärterin eine Luxation der Schulter mit Lähmung des ganzen Brachialplexus ein, Typus Duchenne-Erb mit Sensibilitätsstörungen im Gebiet der V. u. VII. Halswurzeln, sympathischen Syndromen, vaso-motorischen Störungen, Kaltwerden der Extremität und geringerer Schweisseruption nach Pilocarpin als auf der gesunden Seite. Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Thomas et Mme. Long.** Monoplégie brachiale corticale. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 348.)

Am Ende der Extremität überwiegen die motorischen Störungen (Extensoren und Interossei) mit Schädigung des Tastsinnes und Steigerung aller Sehnenreflexe. Es handelt sich um eine Rindenmonoplegie des Armes.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Ternier.** Résultats éloignés d'une greffe osseuse. Soc. de méd. de Grenoble. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 383.)

Einer 27jährigen Frau mit Osteosarkom des unteren Radiusendes wurde dieses reseziert, durch das Fibulastück einer anderen Patientin ersetzt. Gutes Resultat nach 2 Jahren. Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Mouchet.** Entorse juxta — épiphysaire du radius. Soc. de méd. de Paris, 13. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année Nr. 22, p. 349.)

Vortr. berichtet über 3 Fälle juxta epiphysärer Verstauchung des unteren Radiusendes bei Jugendlichen, einer seltenen traumatischen Verletzung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

35) **Bonnaire.** Lévi-Valensi et Vignez. Paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 348.)

Amyotrophie und Wurzelanästhesie im ganzen Gebiet des plexus brachialis nach Geburtslähmung. Eine Drehung des Olekranon nach vorn besteht, so dass



die Palmarfläche der Hand nach vorn sieht. Die arterielle Spannung ist auf der lädierten Seite herabgesetzt. Spitzer-Manhold, Zürich.

36) **Massary.** Bardou et Chatelin. Paralysie radiale à type saturnin chez un syphilitique. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 348.)

Lähmung der Extensoren am Vorderarm mit Degenerationsreaktion und Amyotrophie bei einem Syphilitiker (Lymphocytose in der Cerebrospinalflüssigkeit und positiver Wassermann). Es handelt sich wahrscheinlich um eine syphilitische Poliomyelitis. Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Chaput.** Drainage translunaire des arthrites suppurées du poignet. Soc. de chir. de Paris, 28. 1. 14. (Rev. de chir., 34e année Nr. 3, p. 373.)

Vortr. konnte in 5 Fällen schwerer Handgelenksvereiterung mit gutem Erfolg die konservative Operation: Abtragen des Mondbeins, gefolgt von anteroposteriorer Drainage des Gelenks ausführen. Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Bérard.** Réduction ou résection d'emblée dans les luxations du semi — lunaire. Soc. de chir. de Lyon, 4. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 211.)

Bei 2, 3 Wochen alten Luxationen im Handgelenk bringt ein Reduktionsversuch oft eine traumatische Arthritis hervor. Vortr. ist auf Grund zweier eigener Beobachtungen mehr für Resektion des Semilunare von Anfang an, das funktionelle Resultat ist ein gutes, die Arbeitsfähigkeit tritt bald in vollem Umfang ein, es findet keine Verunstaltung der Hand statt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **Proust-Lenormant.** Malformation congénitale du pouce gauche et du premier orteil droit. Soc. de chir. de Paris, 18. 2. 14. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 519.)

Ein Fall wird demonstriert mit einem Metacarpus I und einer Phalange zu viel an der linken Hand, einem überzähligen wenig entwickelten Metatarsus I am rechten Fuss. Es bestehen durch die Missbildungen keine funktionellen Störungen. Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Klar.** Demonstrationen. (Aerztlicher Verein München, Sitzung vom 6. 5. 14.)

1. Fall von beiderseitiger Arthropathia deformans coxae iuvenilis (Arthritis deformans iuvenilis Perthes). 17jähriger Landwirtssohn mit infantilem Körperbau und kindlichen Genitalien, Schilddrüse nicht palpabel, Aussehen eines 9—10jährigen, klagt seit zwei Jahren über zunehmende Beschwerden beider Hüftgelenke: Bewegungsbehinderung, watschelnder Gang, leichte Ermüdbarkeit, zeitweise Schmerzen, besonders rechts nach körperlichen Anstrengungen. Es besteht ziemlich starke Lendenlordose, Behinderung der Abduktion und der Adduktion bei freier Flexion. Im Durchleuchtungsbild keine coxa vara, rechts deutliche Abflachung der oberen Kappe des Kopfes des Oberschenkels, links ausgedehnter Knochenschwund und fast vollständige Zerstörung des Kopfes (herdweiser Knochenschwund). Die Eröffnung des linken Hüftgelenks vom Hüterschen Längsschnitt aus ergab, dass an Stelle des geschwundenen Knochens ausgedehnte höckerige Knorpelwucherungen getreten sind, die zum Teil entfernt wurden. Beiderseits ist der Trochanter major, an dem die Epiphysenlinien offen sind, hypertrophisch. Pirquet und Wassermann negativ, Trauma ist nicht erfolgt. Intelligenz stark reduziert. In den Hand-



gelenken fehlt der Knochenkern des os pisiforme. Da offenbar auf myxoedematischer Basis das Leiden entstanden ist, wird innerlich Schilddrüse gegeben, und ausserdem mit Heissluftbädern, Massage der Glutaeen und der Hüftgelenke und mit Medikomechanik behandelt, mit offensichtlicher Besserung der Beweglichkeit und des Gangs, nachdem nach der Operation vier Wochen lang links extendiert worden ist.

2. 5 jähriger Junge mit Ostitis fibrosa cystica im linken Oberarm. Die gut pflaumengrosse Zyste wurde entdeckt bei der Durchleuchtungsaufnahme wegen Oberarmbruchs, den sich das Kind durch ganz leichten Fall auf die linke Schulter zugezogen hatte. 14 Tage Desault, danach zeigt sich im Durchleuchtungsbild deutliche Kallusbildung rings um die Zyste herum; um den Kallus weiter anzuregen, Weiterbehandlung mit Heissluft und kräftiger Massage; sollte dies nicht ausreichen, so wäre nach Auskratzung der Zyste Implantation einer Fibula vorzunehmen. Nachträglich gibt die Mutter an, dass der Pat. etwa 2 Wochen vor dem Unfall über Schmerzen in der Schulter beim Anziehen der Kleider geklagt habe.

3. Durchleuchtunsgbild des rechten Handgelenks einer 30 jährigen Frau bei der nach akutem Gelenkrheumatismus in allen Gelenken eine Schwellung des r. Handgelenks zurückgeblieben war; dieses wurde von anderer Seite mit Einreibungen und Ruhigstellung 2 Monate lang behandelt; in dieser Zeit trat vollständige Ankylose des Gelenks in extremer Volarflexion ein, und das Durchleuchtungsbild zeigte bei den Eintritt in die Behandlung des Vortragenden, dass in der relativ kurzen Zeit vollständige Verschmelzung sämtlicher Handwurzelknochen untereinander eingetreten ist, so dass es unmöglich ist, die einzelnen Knochen von einander zu unterscheiden; die Spongiosabälkchen gehen durch sämtliche Knochen hindurch, so dass das Konglomerat der Handwurzelknochen als ein einziger Knochen inponiert; ausserdem bestehen mehrere Knochenbrücken zwischen dem Radius und der Ulna einerseits und der Handwurzel andererseits; die Brücken wurden in Narkose durchbrochen, und noch am Operationstage begann die Nachbehandlung mit Heissluftbädern, Massage und passiv-aktiver Gymnastik, mit der in 3 Monaten soviel erreicht wurde, dass die Hand jetzt in Streckstellung steht, die Volarflexion aktiv vollkommen frei, und die Dorsalflexion passiv um etwa 20 Grad, aktiv unter Schmerzen und Knochenreibegeräuschen um 45 Grad möglich ist. Pat., die Falzerin in einer Druckerei ist, wird in dieser Woche noch ihre Arbeit wieder aufnehmen, aber noch weiterbehandelt werden müssen. Der Fall lehrt, dass man nicht jedes „entzündete" Gelenk ruhig stellen darf. Klar, München.

41) **Déjerine et Pélissier.** Atrophie du membre inférieur après arthrite aiguë. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop, 87e année, Nr. 22, p. 348.)

Die Atrophie der unteren Extremität hat nach akuter Arthritis im Alter von 11 Jahren angefangen und betrifft die Dicke des Knochens, dazu Amyotrophie, trophische Störungen der Haut, keine wesentliche Verkürzung der Extremität. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Pélissier.** Sciatique radiculaire. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 349.)

Vortr. beobachtete eine radikuläre Ischias, die das Gebiet des V. n. lumb. und I. n sacral. einnahm mit Degenerationsreaktion und Atrophie der anteroexternen Muskeln des Unterschenkels. Spitzer-Manhold, Zürich.



43) **Bertrand.** Luxation pathologique de la hanche. Soc. de chir. de Marseille. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 531.)

Ein 5½ jähriges Mädchen, das schon mit 12 Monaten gegangen war, bekam plötzlich eine fieberhafte Hüftgelenkserkrankung. Es handelte sich um eine primäre Osteomyelitis, die durch ligamentöse und knöcherne Zerstörung zu einer Hüftgelenksluxation führte. Eine permanente Extension wurde für 1½ Monate angelegt, darauf die Hüfte wie bei kongenitaler Luxation in Gips gelegt. Allmählich kehrt jetzt der normale Gang ohne Steifigkeit wieder.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **Bérard et Vignard.** Ancienne luxation ovalaire de la hanche gauche. Soc. de chir. de Lyon, 11. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 378.)

Bei einem 31 jährigen Mann, bei dem seit 3 Monaten eine Luxation der Hüfte mit Eindringen des Kopfes ins Becken bestand, wurde vergeblich eine unblutige Reposition versucht. Der obere Rand des foramen obturatum wurde mit einem Scherenschlag durchtrennt, der Kopf befreit und in die Pfanne eingerenkt. Trotz der Ausgedehntheit des Eingriffs waren die Operationsfolgen und das funktionelle Resultat gut. Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Mouchet.** Hanche à ressant. Soc. de méd. de Paris, 13. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 349.)

Verweisen eines typischen Falles einer schnappenden Hüfte, mit Subluxation des Femurkopfes zu verwechseln. Die übliche Erklärung des Zustandes, der mehr als Trick, denn als Krankheit anzusehen ist, den viele Individuen zum Zweck der Befreiung vom Militärdienst, zur Zurückstellung, zum Erlangen einer Rente anwenden. Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Le Dentu.** Deux cas de résection presque totale de l'os iliaque pour coxalgie incurable. Une mort, une guérison. Soc. de chir. de Paris, 17. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 202.)

Ein 18 jähriges Mädchen litt schon seit 8 Jahren an Hüftgelenkstuberkulose, hatte zahlreiche Fisteln, befand sich in schlechtem Allgemeinzustand. Breite Resektion des Femurkopfes, Halses und der ausstossenden Diaphyse. Das Ilium war ganz nekrotisch. Die Einwilligung zu dessen Resektion wurde erst spät gegeben, das Mädchen ging an Marasmus zugrunde.

Der zweite Fall betraf einen 18 jährigen Jüngling, der die Resektion des Ileum überstand, da sein Allgemeinzustand ein besserer war. Viele Fälle von Koxalgien können konservativ behandelt werden, bei vielen leistet aber nur eine eingreifende chirurgische Therapie Gewähr für das Fortbestehen der Existenz.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Vignard.** Évidement et plombage de la hanche pour coxalgie. Soc. de chir. de Lyon, 4. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 210.)

Erwähnung zweier alter Fälle von Hüftgelenkstuberkulose, die nach Auskratzung und Plombierung, der eine mit 4 cm Verkürzung, der andere ohne, mit gutem funktionellen Resultat ausgeheilt sind.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Delore et Champel.** Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur droit. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 379.)

Eine 42 jährige Frau wurde mit der Diagnose Tumor albus des Knies aufgenommen. Das Radiogramm liess ein periostales Sarkom mit Invasion der



Weichteile der Kniekehle mutmassen. Der Oberschenkel wurde amputiert und die Diagnose histologisch als Sarkom bestätigt. Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Hermann-Legrand, Mauclaire.** Fractures articulaires de l'extrémité inférieure du fémur, intercondylienne et sus — condylienne en T. Ostéosynthese par vissage des condyles et d'une attella métallique intercondylo diaphysaire. Guérison. Résultat au bout de six mois. Soc. de chir. de Paris, 17. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 205.)

Ein Matrose fiel aufs linke Knie und zog sich eine interkondyläre T-Fraktur mit starker Verschiebung der Fragmente zu. Blosslegen, Verschrauben der Fragmente, Lambottesche Schiene. Heilung mit gutem funktionellen und äusseren Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Roux de Brignoles et Moiroud.** Frakture condylienne du fémur par pénétration et engrènement. Soc. de chir. de Marseille. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 215.)

Eine 54jährige Frau fällt auf die Knie und wird mit der Diagnose einer hinteren Luxation des linken Knies ins Krankenhaus eingeliefert. Das Radiogramm zeigt eine Kondylenfraktur mit Eindringen der Femurdiaphyse in die Kondylenmasse. Nach mehrtägiger kontinuierlicher Extension wird die Fraktur mit Massage behandelt. Bis jetzt (1½ Monate nach dem Unfall) besteht noch eine grosse funktionelle Impotenz. Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Duguet-Jacob.** Contribution à l'étude des luxations du genou en dehors à propos d'un cas de luxation incomplète du genou en dehors avec luxation incomplète et incoercible de la rotule Guérison. Soc. de chir. de Paris, 17 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 208.)

Ein 40jähriger Skifahrer macht eine heftige Torsion des Körpers nach vorn und aussen, der linke Unterschenkel ist im Schnee immobilisiert. Es erfolgt eine Luxation des Knies nach aussen und eine Subluxation der Kniescheibe. Die sofortige Einrenkung des Unterschenkels gelingt, die fehlerhafte Stellung der Kniescheibe bleibt bestehen. Der vastus externus ist stark kontrahiert. Kontinuierliche Extension und Reposition nach Valentin korrigieren den Schaden. Nach 14 Tagen vollkommene Heilung. Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Mauclaire.** Fracture de la rotale directe et comminutive (sept fragments), cerclage au fil d'argent et suture au fil de bronze fin à un fragment central complètement détaché. Guérison. Soc. de chir. de Paris, 17. 12. 13. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 206.)

Das Interesse des Falles beruht auf der Multiplizität der Fragmente der Kniescheibe, die gut mittels Drahtumwindung und Metallnaht aneinander angepasst werden konnten. 3 Jahre nach dem Unfall wurde die Form der Patella radiographisch als normal nachgewiesen, die Funktion des Knies war ebenfalls der gesunden Seite gleich. Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Froelich.** Luxation congénitale de la rotule. Soc. de méd. de Nancy. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 382.)

Bei einem 12jährigen Mädchen mit kongenitaler rezidivierender Luxation der linken Kniescheibe wurde folgende Operation gemacht.

1. Insertion der Quadrizepssehne an der tub. tibiae mit Schere abgetragen, auf facies interna tibiae überpflanzt.

2. Verlängerung der Quadrizepssehne durch Z-Schnitt. Der äussere Knie-



scheibenflügel bis zur Synovialis durchtrennt, um Reduktion der Patella zu erlangen. Diese hielt aber nicht.

3. Verkürzung des inneren Kniescheibenflügels, um die Reduktion festzuhalten.

Sehr gutes funktionelles Resultat. Akt 1 wird vom Vortragenden selbst als überflüssig zugegeben. Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Aimes et Delord.** Ostéomyélite primitive de la rotule. Soc. des sciences méd. de Montpellier. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 2, p. 217.)

Ein 11½jähriges Kind zeigte die seltene Affektion einer primären Osteomyelitis der Kniescheibe. In der Literatur sind nur 16 Beobachtungen bekannt. Die Erkrankung kam nach einem Trauma zum Ausbruch. Abszessbildung. Fisteln. Bakteriologische Diagnose b. Extraktion einiger Sequester: Osteomyelitis. Kniescheibe ganz nekrotisch. 1 Monat nach der Operation Heilung. Bei dieser Affektion ist das Knie nur in der vorderen Partie geschwollen; das Bein wird in Extension gehalten (um Zerrung durch Triceps surae zu vermeiden). Vollständige Regeneration der Patella ist in solchen Fällen beobachtet worden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Chauvin.** Tumeur blanche du genou: résection en bloc de l'articulation malade. Soc. des sciences méd. de Montpellier. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 535.)

Bei Tumor albus am Knie wurde das ganze erkrankte Gelenk entfernt. Eine solche Totalresektion verhindert eine weitere tuberkulöse Aussaat.

56) **Schroth.** Penetrierende Kniewunden. Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 26. 5. 1913. (Ref. M. m. W., Nr. 23, 1913.)

30 Fälle von Knieverletzungen durch stumpfe Gewalt; Schuss- und Nadelverletzungen heilten stets aseptisch, manchmal musste der Fremdkörper entfernt werden. Bei Ausfluss von Synovia muss man stets so verfahren wie bei einer Gelenkeröffnung. Sch. rät bei der Eröffnung zum Querschnitt mit Durchschneidung des lig. patellae inf., wegen der schnelleren Wundheilung im Vergleich zum Längsschnitt. Klar, München.

57) **Roux.** 1. Ancienne méniscite traumatique. 2. Résection double de l'articulation coxo-fémorale. Soc. vandoise de méd. 8. 2. 14. (Rev. méd. de la Suisse romande 34e, année, Nr. 4, p. 281.)

1. Demonstration einer nicht gründlich behandelten traumatischen Meniscitis, die in eine chronisch proliferierende Synovitis oder richtiger: chronisch deformierende Arthritis (kapsuläre Form) ausgeartet ist.

2. Bei einer Frau wurde wegen knöcherner Ankylose nach postpuerperalem Rheumatismus die doppelte Resektion beider Hüftgelenke gemacht. Beide Kniee, fast alle Fussgelenke waren ankylosiert, jetzt ist schon Besserung vorhanden, das Gehen mit Stöcken möglich. Sobald die Quadricipites sich gut angepasst haben werden, sollen noch eines oder beide Kniee mobilisiert werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Bérard et Fayol.** Appareils de marche dans les fractures de jambe. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 379.)

Der Delbetsche Apparat wurde 8 mal bei Unterschenkelfrakturen im untern Drittel, wie die Radiogramme zeigen, mit guter Adaptation und idealer Reduktion der Fragmente verwendet. Die Frakturen heilten schneller als bei Bettlägerigen (besonders bei alten Leuten, die zu Bronchopneumonien neigen).

Spitzer-Manhold, Zürich.



59) **Ferran**. Ostéite traitée par la greffe graisseuse. Soc. de chir. de Marseille. (Rev. de chir. 34e année Nr. 4 p. 533.)

Eine Osteïtis der Tibia nach einer komplizierten Fraktur wurde bei einem Mann mit Fetttransplantation erfolgreich behandelt. Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **Berteln.** Fracture bimalléolaire ancienne avec fragment postérieur. Intervention. Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir. de Lyon, 15. I. 14. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 527.)

Bei einem Soldaten bestand seit 4 Wochen eine inkomplett reduzierte Malleolarfraktur. Es wurde noch eine fract. marginalis post. mit Verschiebung des Fusses nach hinten festgestellt. Die Operation bestand in 2 retromalleolären Schnitten, Befreiung mit der Knochenfeile und Verlagerung des retromalleolären Fragments, Reduktion der Difformität. Gute Operationsfolgen und funktionelles Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

61) **Gaudier et Guénez**. Pied bot paralytique bilatéral. Tarsectomie cunéiforme d'un côté, allongement et raccourcissement des tendons de l'autre. Soc. de méd. du Nord, 2. 14. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 4, p. 534.)

4 Jahre nach der Krisis einer Kinderlähmung wurde auf einer Seite bei einem Kind eine keilförmige Tarsektomie wegen Klumpfusses gemacht, auf der anderen Verlängerung der Achilles-, Verkürzung der tib. ant. — und ext. halluc. long. — Sehnen. Nach drei Monaten ist die Seite, wo die Sehnenoperation gemacht wurde, gegenüber der anderen sehr viel besser, alle Bewegungen werden mit Leichtigkeit ausgeführt. Spitzer-Manhold, Zürich.

62) **Savariand.** Réimplantation de l'extenseur propre du gros orteil. Soc. de chirurg. de Paris, 25. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 25, p. 411.)

Bei einem Kinde, das eine Deviation der grossen Zehe nach Kinderlähmung hatte, machte Vortr. zur Korrektion der Stellung eine Reimplantation des Grosszehenstreckens. Spitzer-Manhold, Zürich.

63) **Muller.** Tuberculose ostéo-articulaire métatarso-tarsienne Résection articulaire sans drainage. Soc. des sciences méd. de Saint-Étienne. (Rev. de chir., 34e année, Nr. 3, p. 384.)

Einem 40jährigen Mann mit Tuberkulose des rechten Fusses wurde eine transversale Inzision des Fusses im Lisfranc gemacht, eine Resektion der 3 Cuneiformia und der Basen des 2., 3. und 4. Metatarsus. Keine Drainage. Gutes Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

64) **Massabuan und Oelconomos** berichten von 2 Fällen von Talalgie bei jungen Männern im Anschluss an gonorrhoische Erkrankungen, wo die Ursache der Schmerzen subkalkaneäre Exostosen waren, nach deren Entfernuug die Kranken Ruhe hatten. Spitzer-Manhold, Zürich.

65) **Guillain et Dubois**. Sur une affection mutilante des membres inférieurs. Soc. de Neurologie, 12. 2. 14. (Gaz. des hop., 87e année, Nr. 22, p. 348.)

1905 trat ein Kranker barfuss auf ein Stück Glas, bekam maux puforants am Fuss, die nach mehrmaligem Auskratzen doch eine medio-tarsale Exartikulation des Fusses erheischten. Darauf traten im Stumpf und auf dem anderen Fuss die gleichen Beschwerden auf mit blitzartigen Schmerzen und Steigerung der Reflexe. Das Argyllsche Zeichen besteht, sonst deutet nichts auf Lues auch nicht auf Lepra. Es muss sich um eine Syringomyolie handeln, bei der man auch manchmal den Argyll schon beobachtet hat.

Spitzer-Manhold, Zürich.



Dritter Kongress für Krüppelfürsorge in Heidelberg. 2.—4. Juni 1914.

Der dritte Kongress der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge brachte eine Reihe auch für den Orthopäden wichtiger Vorträge. Die Leitung der Verhandlungen lag in den Händen des Geh. Oberreg.-Rat Becker, Freiburg, und Prof. Vulpius, Heidelberg. Der Sitzung wohnte I. M. Grossherzog und Grossherzogin von Baden und Grossherzogin Witwe Luise bei.

Biesalski-Berlin. Beteiligung des Staates an der Krüppelfürsorge. Während Preussen auf diesem Gebiet noch wenig getan hat, haben andere deutsche Staaten, insbesondere Bayern und Oldenburg, sich bereits in bemerkenswerter Weise betätigt. Erforderlich ist die Bildung von Landeszentralen, die in engster Fühlung mit der Regierung oder unter ihrer Führung stehen. Die erste Aufgabe der Zentrale muss die Belehrung und Heranziehung derjenigen Kreise sein, welche den einzelnen Krüppel aus seinem Versteck herausholen und der Fürsorge zuführen. Eine merkliche Abnahme der 75% unversorgten Krüppel wird aber erst eintreten, wenn der Student auf jeder Universität Orthopädie lernt.

Sperling-Mannheim. Armenrecht und Krüppelfürsorge. Sp. fordert die gesetzliche Regelung der Krüppelfürsorge, wodurch die öffentliche Armenpflege zur Erziehung und Erwerbsbefähigung der jugendlichen Krüppel verpflichtet wird, soweit die nächst verpflichteten Angehörigen und die private Mildtätigkeit nicht die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen könnte.

Vulpius-Heidelberg. Knochen- und Gelenktuberkulose und Krüppelfürsorge. Die Knochen- und Gelenktuberkulose ist für die Krüppelfürsorge von grosser Wichtigkeit, weil etwa 15% unserer Krüppelkinder an solchen Erkrankungen leiden, bezw. gelitten haben. Fälle von ausgeheilter Knochen- und Gelenktuberkulose eignen sich vorzüglich zur Heimbehandlung, da sowohl ärztliche Behandlung wie Schulunterricht und gewerbliche Ausbildung zumeist in Betracht kommen. Frische Knochen- und Gelenktuberkulöse in das Heim aufzunehmen, ist zu widerraten und zwar deshalb, weil die Langwierigkeit dieser Krankheiten leicht zu Platzmangel führt, ihre moderne Behandlung Spezialheilstätten erfordert und bei offener Tuberkulose Ansteckungsgefahr besteht. Die Krüppelfürsorge soll wohl in den Kampf gegen die Tuberkulose mit eintreten, aber die Kuren nicht selbst durchführen, um die Kräfte nicht zu zersplittern.

Ulbrich-Cracau. Die Erziehungsmittel im Krüppelheim. Die Erziehung der Krüppel ist mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Die Kinder müssen mit Liebe behandelt werden, körperliche Züchtigung darf nur in Ausnahmefällen angewandt werden. Dagegen sind für Wohlverhalten Belohnungen anzuwenden. Humor ist beim Erzieher, namentlich beim Krüppelerzieher, notwendig. Wichtig ist die Festigkeit des Erziehers, er muss mit beiden Füssen in der Arbeit stehen.

Fürstenheim-Michelstadt i. O. Der Seelenzustand des Krüppels. Der einzelne Krüppel braucht sich seelisch vielleicht gar nicht vom Gesunden zu unterscheiden. Oft bemerkt wurde die Neigung, sich zu schmücken, das Aeussere zu betonen, auch besondere Geschicklichkeit ist auffällig oft vorgefunden worden. Unter den individuell-ethischen Eigenschaften steht an erster



Stelle der Ehrgeiz, dann folgt Pflichtgefühl und Reinlichkeit, also die Eigenschaften der Akkuratesse; unter den sozial-ethischen steht obenan die Hilfsbereitschaft, dann folgen Dankbarkeit und Anhänglichkeit. Die Hilfsbereitschaft ist scharf zu unterscheiden von der wirklichen inneren Teilnahme, die erst viel später an die Reihe kommt. Die Begabung ist im allgemeinen normal, doch gibt es unter den Krüppeln erheblich mehr Schwachbegabte als unter den Gesunden, aber dafür anscheinend auch mehr Hochbegabte. Die Eigenschaften des Trieb- und Verstandeslebens erwiesen sich als wenig veränderlich, die des Gefühlslebens waren in hohem Masse durch Umwelt und Erziehung beeinflussbar.

Würtz-Berlin. Erziehungspsychologie des Krüppels. Das Gemüt des Krüppels ist oft gestört, weil er sich nicht freudig mitbewegen kann. Sein Innenleben isoliert ihn, er neigt leicht zu Neid, Beeinträchtigungsgefühl und Trotz. In der Berliner Anstalt wurden Interessengruppen eingerichtet (Hauskapelle, Gesangverein, Leseverein, künstlerische Vereinigung, Spielverein) und damit gute Erfolge erzielt.

Ahrends-Hannover. Der Krüppel als Handwerker. Das Krüppelheim muss die Möglichkeit einer handwerksmässigen Ausbildung bieten. Die Anstaltshandwerksmeister sollten sich den etwa bestehenden Innungen anschliessen. Die Ansicht vieler Handwerker, dass es zweckmässiger sei, wenn Krüppel sich nicht mehr anderen Berufen zuwenden, z. B. denen der Schreiber, Heimarbeiter usw., sei unzutreffend.

Ahrends-Hannover. Arbeitsvermittlung für Krüppel. Die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für mit Krüppelleiden behaftete Personen ist eine der schwersten Aufgaben auf volkswirtschaftlichem Gebiete. Bisher haben die Anstalten die Arbeitsvermittlung für ihre Pfleglinge in die Hand genommen. Von vielen Seiten wird aber die Notwendigkeit eines Arbeitsvermittlungsamtes betont, weil mit der Vermittlung grosse Zeitaufwendung verknüpft ist und bei wachsender Zahl schliesslich auch die Verbindungen fehlen. Trotz aller Schwierigkeiten sollte man sich von der Pionierarbeit auf dem Stellenvermittlungsgebiete nicht abschrecken lassen. Je mehr Krüppel man als Vollarbeiter dem Handwerk zuführt, um so mehr wird das Vorurteil dagegen schwinden und um so leichter die Arbeitsvermittlung werden.

In der Diskussion verlangt Hoppe-Nowawes, dass das Hauptgewicht auf Einzelarbeit gelegt werden müsse, in dem Sinne, dass man versuche durch persönliche Beziehungen und dergl. zu wirken.

Rosenfeld-Nürnberg empfiehlt, sich zum Zweck der Unterbringung von Krüppelhandwerkern mit den städtischen Arbeitsämtern in Verbindung zu setzen.

Hauser-Karlsruhe. Anzeigepflicht bei spinaler Kinderlähmung. Der wissenschaftliche Nachweis ist als erbracht anzusehen, dass die spinale Kinderlähmung zu den Infektionskrankheiten gehört und dass sie als solche mit der ganzen gesundheitspolizeilichen Armatur bekämpft werden kann und muss. Die erste Etappe in diesem Kampf ist die Einführung der Anzeigepflicht, die aber nicht an den Grenzpfählen eines Bundesstaates Halt machen darf. Notwendig ist auch eine bessere Aufklärung und Belehrung der Aerzte und des Publikums über das Wesen der spinalen Kinderlähmung, damit sie bereits in ihrem Frühstadium, vor Eintritt der Lähmungen, erkannt wird. Die Sterblichkeitsziffer bei spinaler Kinderlähmung, die zwischen 10 und 42% schwankt, und die Tatsache, dass die Zahl der in Deutschland infolge der spinalen Kinderläh-



mungen vorhandenen Krüppel 16000 beträgt, zeigen, wie wichtig die Bekämpfung dieser Krankheit ist.

Kirmsee-Idstein. Venel, der Begründer der Krüppelfürsorge. Der in der Geschichte der Orthopädie bekannte Schweizer Arzt Venel hat schon im Jahre 1726 eine Anstalt errichtet, welche den Grundsätzen der heutigen Krüppelanstalten entspricht und neben ärztlicher Behandlung den Anstaltsinsassen, zumeist aus Klumpfüssigen und Skoliosen, auch Erziehung zuteil werden liess.

L. Rosenfeld-Nürnberg. Die Entwicklung der offenen Krüppelfürsorge. Die offene Krüppelfürsorge — Rosenfeld schlägt diese deutsche Bezeichnung als besser und zutreffender vor an Stelle des bisherigen Ausdruckes „ambulant“ — hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt, 50 Jahre, nachdem schon „geschlossene“ Heimfürsorge bestanden hatte. Das Wesen der offenen Fürsorge besteht darin, dass der Krüppel in der heutigeu Pflege und Gemeinschaft bleibt, höchstens ganz vorübergehend Anstaltsbehandlung notwendig hat. Die Aufgaben der offenen Fürsorge sind die gleichen wie die der geschlossenen: ärztliche Behandlung, Schulunterricht und gewerbliche Ausbildung. Im Wegfall kommt gegenüber der Anstaltsfürsorge lediglich dauernde Versorgung; an deren Stelle erwachsen der offenen Fürsorge zwei weitere Aufgaben: Arbeitsvermittlung der gewerblich ausgebildeten oder bereits tätig gewesenen Krüppel und die Verhütung des Krüppeltums, welch letztere einerseits eine Reihe ärztlicher Massnahmen erfordert, andererseits für Aufklärung und Belehrung der Bevölkerung zu sorgen hat. Ein wirksamer Erfolg ergibt sich jedoch nur aus der Vereinigung der offenen und geschlossenen Fürsorgearbeit. Die offene Fürsorge ist noch im Werden, aber auch gleichzeitig im Begriff, sich vorzüglich zu entwikkeln. In den letzten zwei Jahren ist die Zahl der Einrichtungen für offene Krüppelfürsorge in Deutschland von 36 auf 54 gestiegen, die des Heims nur von 53 auf 57, die offene Krüppelfürsorge hat sich um 33% vermehrt, die Heimfürsorge nur um 7%. Von den deutschen Bundesstaaten haben Bayern, Sachsen und Württemberg zurzeit die beste Fürsorge, sowohl für Heim- als offene Fürsorge, in Preussen fehlt es noch in bezug auf geschlossene wie offene Fürsorge. Baden entbehrt noch jeglicher Einrichtungen der offenen Fürsorge. Es haben also diejenigen Staaten die beste Fürsorge, in welchen die offene Fürsorge am weitesten ausgebildet und vertreten ist. Die Hauptfortschritte in der Entwicklung der offenen Fürsorge liegen darin, dass sich neben den erheblich vermehrten privaten Fürsorgestellen 12 öffentlich-rechtliche Einrichtungen entwickelt haben, zwei staatliche in Bayern, 6 kommunale Einrichtungen (3 in Preussen, 2 in Bayern und 1 in Sachsen). Auch die Träger der Unfallversicherung und Invalidenversicherungsgesetze haben sich der Krüppelfürsorge gewidmet, z. B. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in Westpreussen und die Invalidenversicherungsanstalt in Württemberg. R. gibt eine ausführliche Uebersicht über die Zahl, Art, Wesen und Wirken der einzelnen Einrichtungen und stellt ein Programm für die zweckmässige Durchführung der offenen Fürsorge auf. Diese soll sich zusammensetzen aus einer Beratungsstelle und einer Anstalt. Die Beratungsstelle ist zugleich Geschäftsstelle für den gesamten Verkehr mit der Oeffentlichkeit. Mit der Beratungsstelle kann eine Art Poliklinik verbunden werden, die den grösseren Teil (gegen 70%) der ärztlich zu Behandelnden an Ort und Stelle erledigt. Die Beratungsstelle sorgt auch für die Aufgaben der Verhütung, insbesondere die Bekämpfung der Hauptursachen, Rachitis und Tuberkulose. In Nürnberg ist es gelungen, 70% aller Rachitiker vor dem Krüppeltum zu be-



wahren. Die Einrichtungen für Schul- und gewerbliche Ausbildung müssen auch den in häuslicher Pflege Verbliebenen zugänglich gemacht werden, was namentlich in den grösseren Städten leicht durchführbar ist. Als Grundlage einer rationellen Fürsorge bezeichnet R. die privat- und öffentlich-rechtliche gesetzliche Regelung, wie sie in Oldenburg und Waldeck vorhanden, in Bayern im Werden ist. Nur auf diesem Wege wird einem der schwersten sozialen und volkswirtschaftlichen Schäden dauernd und gründlichst abgeholfen.

In der Diskussion will Schleh-Braunschweig: Die Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose und schwerer Rachitis, sollten für einige Monate der Spezialheilanstalt auf Norderney überwiesen werden.

Blencke-Magdeburg. Kurpfuschertum in der Krüppelfürsorge: Deutschland ist noch eins der wenigen Länder, in dem Kurierfreiheit besteht, in dem der Mensch Kranke behandeln kann, ohne den geringsten Befähigungsnachweis erbringen zu müssen. Das Gesetz, durch das die schreiendsten Missstände auf diesem Gebiete beseitigt werden sollten, fand leider nicht die gewünschte Mehrheit im Reichstag. Unter den schlimmen Zuständen haben auch die Krüppelfürsorgebestrebungen zu leiden. Bl. wendet sich gegen die vielversprechenden Annoncen mit schönen irreführenden Abbildungen, in denen teuere Apparate angepriesen werden, die imstande sein sollen, Rückgratsverkrümmungen zu beseitigen, vor allem aber gegen einen Verein, der sich kürzlich gebildet hat. „Zur Bekämpfung von Rückgratsverkrümmungen" und der es sich zu seiner Hauptaufgabe gemacht hat, unter der Firma der sozialen Fürsorge die gewerblichen Interessen der Frauenwelt zu vertreten und zu einem Beruf anzueifern, zu dem der Orthopädistinnen, der keineswegs so aussichtsvoll ist, wie in gewissen Frauenzeitungen immer und immer wieder zu lesen steht. Eine Besserung aller der erwähnten Misstände kann nur eine ausgedehnte Aufklärung der breiten Massen bringen. Auch muss die Regierung immer wieder ein Gesetz einbringen, dass die Misstände im Heilgewerbe eindämmen kann. Es ist zu hoffen, dass schliesslich doch solche im Interesse der leidenden Menschheit notwendigen Gesetze die Mehrheit im Reichstag finden, trotz der oft unerhörten Propaganda der Gegner, die da fürchten, an ihren Geldbeuteln Schaden zu leiden, die sie bisher lediglich auf Kosten der leidenden Menschheit zu füllen pflegten.

Lange-Strassburg. Krüppelfürsorge in Elsass-Lothringen. Die ersten Vorarbeiten für eine Organisation der Krüppelfürsorge in Elsass-Lothringen gingen auf das Jahr 1909 zurück. Eine greifbare Unterlage wurde geschaffen durch ein von dem Statthalterpaar in ganz Elsass-Lothringen veranstaltetes Blumenfest, dem sich die Gründung eines Vereines anschloss. 1913 wurde der Bau einer Anstalt „Stephanienheim" begonnen, welches im Oktober 1914 bezogen werden wird. Im Provisorium wurden bisher jedoch schon 132 Kinder in Obhut genommen. Es ist eine das ganze Land umfassende Organisation der Krüppelfürsorge geplant.

Die nächste ordentliche Mitgliederversammlung wird 1915 in Königsberg abgehalten werden, als Ort der Tagung des 4. Kongresses (1916) wurde Köln, zum geschäftsführenden Vorsitzenden der bekannte Sozialhygieniker Prof. Dr. Krautwig gewählt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.





Baehr

Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6

Eine typische Erkrankung des Ligamentum patellae.

Von

FERD. BÄHR in Hannover.

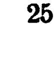
(Hierzu Taf. IV.)

Im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 48 wies Schanz darauf hin, dass es neben den unter dem Namen Achillodynie beschriebenen Erkrankungen der benachbarten Schleimbeutel eine Affektion gibt, die sich in der Achillessehne selbst lokalisiert. Neben der dort betonten vorwiegenden traumatischen Aetiologie möchte ich bemerken, dass man diese Tendinitis auch nicht ganz selten bei rheumatischen Personen finden kann, dass sie auch nicht selten als Begleiterscheinung von Senk- oder Plattfuss auftritt da, wo in der Entstehung der Rheumatismus eine Rolle spielt.

Aehnliches kommt am Ligamentum patellae vor. Hier scheint allerdings nach meinen bisherigen Erfahrungen das traumatische Moment im Vordergrund zu stehen und zwar hauptsächlich in der forzierten, vorübergehenden oder auch fortgesetzten berufsmässigen stärkeren Inanspruchnahme des Bandes durch die Dehnung. Selbstverständlich ist dabei, dass eine Erkrankung der benachbarten Schleimbeutel ebenso ausgeschlossen wird.

So sieht man das Leiden bei Tänzerinnen, die viel, bei Leuten, die ungewohnter Weise öfter z. B. beim Spiel die Hockestellung einnehmen müssen. Die Patienten haben oft beim Gehen keinerlei Beschwerden, sie klagen darüber, dass, wenn sie das Knie längere Zeit in gebeugter Stellung halten müssen, wie beim Sitzen, beim Aufstehen ein schneidender Schmerz im Ligamentum patellae auftrete. Auch habe ich wiederholt gehört, dass mitunter auch eine leichte Anschwellung nach grösseren Anstrengungen unterhalb der Kniescheibe sich einstelle, und habe mich auch von dem Auftreten derselben überzeugen können.

In einem meiner Fälle habe ich im Röntgenbilde Veränderungen gefunden. Es fand sich am unteren Ende des Ligamentes, vor demselben gelegen, ein kleinlinsengrosser Schatten, der auch durch die Palpation als kurzer Strang nachweisbar war. Im oberen Abschnitt zeigte das Band auf der Vorderseite keine scharfe Abgrenzung gegen die darüber liegende Decke. Es sah aus, als ob gleichsam einzelne Sehnenstreifen aufgelockert oder auch in die Umgebung hineingewachsen wären. Der Versuch, solche Dinge zu reproduzieren ist ja schwierig, indes gebe ich doch einen Abzug der Platte. Ich lasse es dahingestellt, ob man in solchen Fällen von einer Tendinitis, einer Para- oder





Peritendinitis sprechen will. Möglicherweise können hier weitere Aufnahmen mit entsprechenden Röhren noch bessere Bilder geben. Im vorliegenden Falle ist wegen Erheblichkeit der Beschwerden von anderer Seite ein operativer Eingriff gemacht, mit negativem Erfolge bezüglich eines ausgesprochenen pathologischen Befundes. Indes fragt es sich, ob der Fall nach dieser Richtung hin völlig klargestellt werden konnte.

Ueber die Therapie ist nicht viel zu sagen. Bei der analogen Affektion der Achillessehne hat sich mir Ausmassieren der Sehne in der Regel als zuverlässig erwiesen. An dem Ligamentum patellae ist die Massagewirkung wegen der anatomischen Verhältnisse eine geringe. Neben einer „resorbierenden" Behandlung kann man die zweifellos bisweilen recht unangenehmen Beschwerden nur dann zum Verschwinden bringen, wenn man, wie bei besonderen Tanzarten, die traumatische Einwirkung vollständig ausschliesst.

Ueber einen Fall von vollständiger knöcherner Ankylosierung des rechten Handgelenks nach rheumatischer Arthritis.

Von

Dr. MAX M. KLAR,

Arzt für orthopädische Chirurgie in München.

(Hierzu Tafel V.)

Der folgende, von mir beobachtete Fall dürfte wegen seiner Seltenheit seine Veröffentlichung rechtfertigen:

Frau Anna P., 30 Jahre alt, Falzerin in einer Druckerei, erkrankte Mitte Dezember 1913 an Gelenkrheumatismus in allen Gelenken, lag drei Wochen zu Bett und fieberte 14 Tage lang. Danach blieb im rechten Handgelenk eine starke Schwellung zurück, die mit Ruhigstellung und Einreibungen behandelt wurde. Als die Frau Mitte Februar 1914, also zwei Monate nach der Erkrankung an Polyarthritis, in meine Behandlung trat, stand die rechte Hand, deren Gelenk mittelmässig stark geschwollen war, in rechtwinkliger Volarflexion fast unbeweglich fest, während die Beweglichkeit der Finger regelrecht war. Die Durchleuchtung zeigte, dass sämtliche Handwurzelknochen zu einem Knochen verschmolzen sind, und zwar so, dass die Spongiosabälkchen innerhalb des Knochenkonglomerates vollständig in einander übergehen und ebenso mit denen der Mittelhandknochen fest verbunden sind. Zwischen der Handwurzel einerseits und den Vorderarmknochen andererseits bestanden mehrere Knochenbrücken, die aber keine Spongiosastruktur zeigten.

In Narkose durchbrach ich diese letzterwähnten Knochenbrücken, legte die Hand in Dorsalflexion auf eine Schiene und begann am gleichen Tag noch mit der Nachbehandlung: Heissluftbäder, Massage, manuelle und maschinelle Gymnastik. Nach drei Monaten steht jetzt die Hand in Streckstellung und kann



Klar

Verlag von S. Karger in Berlin N.W. 6.

aktiv um etwa 80 Grad gebeugt, (volarflektiert) und um 25—30 Grad gestreckt (dorsalflektiert) werden, passiv ist die Volarflexion normal und die Dorsalflexion bis knapp 50 Grad möglich, bei den passiven Bewegungen fühlt und hört man Knirschen im Radiokarpalgelenk, und die Patientin empfindet heftige Schmerzen. Die Frau hat Mitte Mai ihre Arbeit wieder aufgenommen und klagt darüber, dass nach längerer Arbeit die Hand immer wieder Neigung zur Volarflexion zeige und dann sehr schwach werde; deshalb erfolgt noch weitere Behandlung.

Der Fall lehrt, dass man nicht bei jeder „Entzündung" eines Gelenks dieses immobilisieren darf, und ich bin überzeugt davon, dass bei rechtzeitiger mobilisierender und aktiver Hyperämiebehandlung diese schwere Ankylosierung des Handgelenks in der sehr kurzen Frist von zwei Monaten nicht hätte entstehen können.

(Aus der Krüppel- Heil- und Lehranstalt für Ostpreussen zu Königsberg.
[Direktor: Prof. Hoeftman.])

Erhöhung der Erwerbsfähigkeit Verstümmelter durch Prothesen.

Von

Dr. SCHLESIES, Assisent der Anstalt.

Seit einer Reihe von Jahren sind in der Klinik von Prof. Hoeftman zu Königsberg i. Pr. Versuche gemacht worden, die Erwerbsfähigkeit von verstümmelten Unfallverletzten durch Benutzung von zweckentsprechenden Prothesen bei der Arbeit zu erhöhen.

Es ergab sich, dass zufriedenstellende Resultate sowohl bei Defekten und Verstümmelungen der unteren wie der oberen Extremitäten erzielt werden können.

Was Verluste an den unteren Extremitäten betrifft, so kann gute Gehfähigkeit, Sicherheit und genügende Ausdauer des Ganges durch richtig konstruierte Gehapparate stets erreicht werden, ausreichende Stabilität und Ausbalancierung des Körpers auf den Prothesen bei Arbeiten, die dauernd grössere Verschiebungen des Körperschwerpunktes mit sich bringen, ist durch Uebung gut zu erzielen. Die Leute sind fähig, selbst bei Doppelamputation der unteren Extremitäten, Arbeiten im Stehen gut zu verrichten, sie vermögen sich auf unebenem Terrain frei zu bewegen, können ohne Unterstützung Treppen steigen.

Ein Mädchen mit kongenitalem völligen Defekt beider Beine konnte mit Hilfe ihrer Beinprothesen einen ca. 10 km langen Weg als Spaziergang zurücklegen; ein Patient mit teilweisem Verlust beider Unterschenkel verrichtet jetzt sämtliche Gartenarbeiten, wie z. B. Umgraben grösserer Strecken lehmigen Bodens, dauernd ohne Schwierigkeiten.



Aehnliche gute Resultate wurden bei Ersatz der oberen Extremitäten durch Prothesen erzielt, und zwar bei ungelernten Arbeitern wie bei Handwerkern. Es seien einige Fälle erwähnt:

Ein Verletzter, dem wegen Erfrierens von Händen und Füssen ca. $^1/_3$ sämtlicher 4 Extremitäten amputiert ist, arbeitet als Gartenarbeiter und Hilfsarbeiter in der Schlosserei der hiesigen Anstalt. Er entwickelt bei seinen Arbeiten gute Geschicklichkeit, Ausdauer und Kraft.

Ein anderer, der etwa $^1/_3$ des rechten Vorderarms verloren hat, arbeitet in seinem Berufe als Stellmacher und Tischler weiter und hat ebenfalls einen erheblichen Grad von Geschicklichkeit in seinem Handwerk mit Hilfe der Prothese erlangt.

Ein Tischler mit Amputation im Bereich eines Unterarmes und Defekt mehrerer Finger der anderen Hand, der später in der Krüppel- Heil- und Lehranstalt für Ostpreussen zu Königsberg als Lehrtischler angestellt wurde, konnte seine Arbeiten gut und sauber ausführen.

Ein Monteur, der im Bereich beider Oberarme amputiert ist, erwirbt jetzt seinen Unterhalt als Kontrolleur von Gas- und Elektrizitätszählern. Er hat es gelernt, mit seinen Prothesen zu schreiben und trägt die Notizen bei seinen Ablesungen selbst in das Buch ein.

Ein Kutscher mit Amputation am linken Unterarm ist imstande, mit Hilfe seiner Prothese seine Stellung weiter auszufüllen und vermag sogar vierspännig zu fahren. Als er zu einer Nachuntersuchung hergeschickt war, bat sein Gutsherr um möglichste Beschleunigung, da er ihn als seinen besten Fahrer schwer entbehren könne.

Diese ermutigenden Erfahrungen wurden der Anlass dazu, dass in dem Programm der neuen Krüppel- Heil- und Lehranstalt für Ostpreussen zu Königsberg der Behandlung verstümmelter Unfallverletzten eine bedeutende Stelle eingeräumt wurde, und dass hier die früheren Versuche in grösserem Umfange fortgesetzt wurden. — Es soll gerade der Besserung der Arbeitsfähigkeit Amputierter durch Prothesen in diesem Institut besondere Sorgfalt gewidmet werden. Entsprechend dem Zwecke der Anstalt konnte in ihrem Rahmen nun auch der beruflichen Ausbildung von solchen Verletzten eine grössere Aufmerksamkeit gewidmet und die oft erforderliche Notwendigkeit des Umlernens für einen neuen Beruf zu einer durchführbaren Möglichkeit gestaltet werden.

Die Berufsgenossenschaften bewiesen diesen Bestrebungen verständnisvolles Interesse und überwiesen eine relativ grosse Anzahl von Unfallverletzten der Anstalt.

Es befanden sich in der Zeit vom Januar 1913 bis März 1914 in der hiesigen Anstalt 122 Unfallverletzte mit Verstümmelung von Gliedmassen. Ueber die Art der verschiedenen Extremitätenverletzungen bei diesen Patienten mögen folgende Zahlen Aufschluss geben:

Die Amputation hatte stattgefunden:

Im Bereich	eines Oberarms bei	6	Verletzten.	
„ „	beider Oberarme „	1	„	(Zimmermann).
„ „	eines Unterarmes „	45	„	
„ „	eines Unterarms und der anderen Hand	1	Verletzter	(Tischler).



Im Bereich beider Hände (je mehrere Finger)
bei . . . . 1 Verletzten (Bergmann).
" " einer Hand bei 24 "
" " beider Unterschenkel bei 2 Verletzten.
" " eines Fusses " 4 "
" " von 2 Füssen " 2 "
" " eines Oberschenkels " 15 "
Doppelamputierte sind also 7 Verletzte.

Auf die einzelnen Berufe verteilt, waren davon:

Ländliche Arbeiter	53
Besitzer	22
Städt. Arbeiter	8
Schneider (vorher ländl. Arb.)	5
Kutscher	4
Zimmerleute (vorher Arbeiter)	2
Schuhmacher (2 vorher Arbeiter)	3
Müller, Gastwirte, Schmiede, Maurer, Tischler, Bergmänner je	2
Fleischer, Bäcker, Maler, Nachtwächter, Werkführer, Gastwirtssohn, Weichensteller, Inspektor je	1

Es sind also von den hiesigen beobachteten und behandelten Unfallverletzten ca $^2/_3$ landwirtschaftliche Arbeiter oder Leute, die sich mit Landwirtschaft beschäftigen. Diese können in ihrem Berufe stets durch Benutzung von Prothesen eine der normalen Arbeiterfähigkeit ziemlich nahe kommende Leistungsfähigkeit erlangen.

Es hat sich dabei ergeben, dass nur dann gute Resultate erzielt werden können, wenn die Prothesen möglichst einfach und einzig im Sinne der Zweckmässigkeit für die von ihnen verlangten speziellen Leistungen konstruiert sind. Von Wichtigkeit ist es ferner, den guten Sitz und die Zweckmässigkeit der Prothesen während ihres Gebrauches vor Entlassung der Patienten aus der Anstalt zu kontrollieren, und andererseits die Verletzten nicht früher zu entlassen, als bis die erste Gewöhnung an den Apparat eingetreten und eine genügende Uebung in seinem Gebrauch anzunehmen ist. Werden diese Forderungen nicht erfüllt, bleiben die Verstümmelten ohne die genügende Anleitung, so sind sie natürlich weniger geneigt, den Apparat zu benutzen, da ihnen das Vertrauen zu der Leistungsfähigkeit der Prothese fehlt, und weil sie mit dieser nicht umzugehen verstehen.

Es stehen nun zu diesen Uebungszwecken die Werkstätten der Anstalt und der umfangreiche Anstaltsgarten zur Verfügung, wo die Verletzten bei der Arbeit die Prothesen gebrauchen lernen. Da, wie erwähnt, hier besonders ländliche Arbeiter in Frage kommen, so ist das Vorhandensein eines genügend grossen Gartenlandes Erfordernis.

Bei Mädchen und Frauen ist jedesmal die Zweckmässigkeit der Prothesen



für die Ausführung von Handarbeiten und gewöhnlichen häuslichen Arbeiten zu prüfen. Die Frauen haben sich ausser in landwirtschaftlichen Arbeiten im Stricken, Häkeln, Nähen, Stopfen, im Reinigen der Wohnräume zu üben und sich mit Hilfeleistungen in der Anstaltsküche zu beschäftigen.

In den Werkstätten werden den Verletzten Arbeiten an Schraubstock und Hobelbank aufgegeben; bei Amputation der unteren Extremität ist eine wichtige Balancierübung das Treten einer durch Trittbrett bewegten Maschine (Drehbank, Schleifstein etc.).

Ist nun auch dieses System wegen des Vorteils, den der Unterricht dem Verletzten im Gebrauch der Prothesen bietet, an sich zweckmässig, so gewinnt es noch an Vorteil, wenn die Vorarbeiter, wie es hier der Fall ist, ebenfalls Verstümmelte sind, die mit Hilfe ihrer Prothesen geschickt arbeiten. Die naturgemässe psychische Depression solcher Unfallverletzten, die den Willen zur Aufnahme der Arbeit mit den künstlichen Gliedmassen hemmt, schwindet eher vor dem ermutigenden Beispiel. Die Erfahrung, dass andere Leidensgenossen durch die Prothesen gute Arbeitsfähigkeit erlangt haben, spornt durch die Aussicht, ein gleiches Ziel erreichen zu können, dazu an, auch nach der Entlassung aus der Anstalt weiter zu arbeiten, wenn auch die Handhabung der Prothesen zunächst noch mit einigen Schwierigkeiten oder Beschwerden durch leichte Ermüdbarkeit infolge der vorhandenen Inaktivitätsatrophie der Muskeln unangenehm empfunden werden sollte.

Eine weitere Möglichkeit, die Erwerbsfähigkeit Verstümmelter zu heben, ist das Erlernen eines anderen Berufs, der an die verletzten Gliedmassen nur wenig Ansprüche stellt. Es kann auf diese Weise gelingen, ungelernten Arbeitern nach dem Unfall eine bessere soziale Stellung und höheres Einkommen zu verschaffen, als sie früher besassen. So sind unter den oben angeführten 122 Unfallverletzten 5 ländliche Arbeiter, die nach Lieferung von Beinprothesen auf Kosten der Berufsgenossenschaft das Schneiderhandwerk erlernen, 2 Arbeiter mit Amputation beider Beine, resp. Füsse werden z. Zt. in der Anstalt als Schuhmacher ausgebildet, ebenso einer mit Gehstörungen und Paralyse der Blase nach Wirbelfraktur; der oben erwähnte Bergmann mit Verlust mehrerer Finger und Verstümmelung beider Hände liess sich zum Büroschreiber ausbilden; der Zimmermann mit Amputation im Bereich beider Oberarme will sich mit Hilfe seiner Prothesen im Bauzeichnen üben, um hiermit seinen Unterhalt zu verdienen. Von Handwerkern, die ihren Beruf nach Amputation wieder aufgenommen haben, lassen sich nachweisen: Tischler, Zimmerleute, Maler, Maurer, Werkmeister.

Wenn auch ein grosser Teil der bisher mit Prothesen versehenen Verletzten von uns noch nicht nachuntersucht werden konnte, so ist



doch nach den bisherigen Erfahrungen und auf Grund des Gesagten mit Sicherheit anzunehmen, dass jeder Unfallverletzte, selbst nach Amputation im Bereich sämtlicher 4 Extremitäten durch Benutzung von zweckmässigen Prothesen in seiner Arbeitsfähigkeit bedeutend gefördert werden kann. Als eklatante Beispiele mögen die erwähnten Fälle des hiesigen Vorarbeiters und des Monteurs mit Verlust beider Arme dienen. Dieser erwirbt trotz Fehlens der Arme seinen Unterhalt mit einer Beschäftigung, die Schreiben erfordert, jener arbeitet zufriedenstellend als Landarbeiter und in der Schlosserwerkstatt trotz Amputation im Bereich beider Vorderarme und Unterschenkel.

Handwerker sind bei Defekt nur einer vorderen Extremität ihrem Berufe nach Möglichkeit zu erhalten, anderenfalls müssen sie umlernen.

Eine wichtige Voraussetzung bei der Erreichung des gewünschten Resultates ist natürlich, dass der Verletzte überhaupt arbeitswillig ist. Passives Verhalten des Verstümmelten gegenüber den Versuchen, ihn zur Arbeit zu erziehen, oder direktes Bestreben, den Rentenanspruch als ein Privileg zur Untätigkeit anzusehen, kurz die Arbeitsscheu ist das einzige Hindernis für die Erzielung eines guten Erfolges bei den hiesigen Versuchen gewesen. Eine physische Unmöglichkeit, die Erwerbsfähigkeit zu heben, die in der Extremitätenverletzung selbst gelegen ist, hat sich nie hindernd in den Weg gestellt, die dadurch gebotenen Schwierigkeiten sind zu überwinden.

Auf ein nicht unwichtiges Postulat bei der Rentenabschätzung nach Lieferung von Arbeitsprothesen sei noch hingewiesen. Es ist offenbar nicht sehr zweckmässig, die Renten gleich nach Empfang der Prothese herabzusetzen, da die Verletzten dann erfahrungsgemäss zum Widerspruch gereizt werden, und diese nicht benutzen. Erst wenn volle Gewöhnung an den Gebrauch der Prothese nachgewiesen ist, auf Grund einer Nachuntersuchung nach 3—6 Monaten, soll eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit angenommen werden. Haben dann die Leute während dieses Zeitraumes die Prothese benutzt, so ist dann der event. Versuch, jetzt noch Unfähigkeit, mit ihr zu arbeiten, vorzuschützen und dadurch die Weiterbewilligung der alten Rente zu erreichen, zwecklos, da der Nachweis früherer regelmässiger Benutzung der Prothese vorliegt.

Die Ergebnisse der Versuche, durch Prothesen oder Ausbildung in einem anderen Beruf, oder durch beides zugleich eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit verstümmelter Unfallverletzter zu erzielen, waren nach diesen Ausführungen hier bisher durchaus günstig, so dass es lohnend und aussichtsreich erscheint, die Verletzten nach den erwähnten Prinzipien auch weiterhin zur Arbeit mit Prothesen anzuhalten und

zu erziehen und ihnen dadurch erhöhte Erwerbsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit zu verschaffen.

---

1) **Broca, August** u. **Mahar, V.** (Paris). Die Radiotherapie bei lokalen Tuberkulosen. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 1914. Bd. XXI, H. 4, S. 425—432.)

Verff. berichten über die Resultate von 26 Hauttuberkulosen (18 vollk. Heilungen, 8 sehr wesentliche Besserungen), 7 Sehnenscheidentuberkulosen (6 Heilungen, 1 Besserung). 79 tuberkulöse Drüsen (36 völlige Heilungen, 24 wesentliche, 19 deutliche Besserungen), 21 Fälle von Spina ventosa und lokalisierten Knochenherden (7 vollst. Heilungen, 11 sehr erhebl. Besserungen, 3 Misserfolge) 14 Fälle von Tumor albus (5 Heilungen, 8 Besserungen, 1 Misserfolg.)

Die Technik ist nicht einheitlich. Im allgemeinen schwache Dosen (Röhre 5—6 B., 1 M.-A.-Belastung, 20 cm Abstand vom Kathodenspiegel, 10 Min. Exposition). Kein Filter. Bei tuberk. Drüsen 1/4—1/2 mal stärkere Dosis. Bei geschlossenen Dosen Aluminiumfilter. Bei Tumor albus Anwendung der Kreuzfeuermethode.

Die Wirkung der R.-Strahlen ist nach den Verff. eine doppelte: Eine zerstörende auf die Tuberkel bildenden Elemente, und eine reizende auf die Zellen der gesunden Gewebe.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

2) **Lichtenstein.** Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach bei der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 923.)

Verf. berichtet über die in der Hallenser Klinik mit Tuberkulin Rosenbach ausgeführten Heilungsversuche bei Knochen- und Gelenkstuberkulose. Bei Tuberkulosen im Frühstadium wurde eine Auflockerung des Gewebes und eine Verflüssigung und Resorption der Erkrankungsherde beobachtet, unter auffallendem Nachlassen der Schmerzen. Sind bereits kleinere nekrotische Herde vorhanden, so bildet sich meist um das nekrotische Gewebsstück ein kalter Abszess, der von selbst aufbricht oder eröffnet wird. Nach Auskratzung des erkrankten Gewebes verheilen unter weitern Tuberkulininjektionen die entstandenen Fisteln fast ausnahmslos. Bei Fällen mit ausgedehnter Knochen- und Gewebsnekrose muss nach Ansicht des Verf. erst eine Entfernung aller Nekrosen und tuberkulösen Granulationen erstrebt, und dann die Tuberkulinkur angewandt werden. — Neben der lokalen Besserung trat nach kurzer Temperatur-



erhöhung auch eine Hebung des Allgemeinbefindens ein. Verf. hält das Tuberkulin Rosenbach, kombiniert mit anderen bewährten Methoden wie z. B. Heissluftbehandlung, für ein wertvolles Heilmittel zur Bekämpfung chirurgischer Tuberkulose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Eggers Hartwig,** (Bonn). Erfahrungen mit der Kupferbehandlung bei innerer und äusserer Tuberkulose. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1913. Bd. XXIX, 2., S. 261—278. Mit 2 Tafeln.)

Verf. hat das Kupfer per os, in Form einer Schmierkur und — bei Injektionen in punktierte Drüsenabszesse und offene Fisteln — in Lösung gegeben. Die Erfolge bei der Lungentuberkulose sind zum mindesten zweifelhaft. Besser waren die Erfahrungen bei äusserer Tbc. Verf. hat zwar nur 5 Fälle behandelt, er glaubt aber doch, dass hier direkte Erfolge zu erzielen sind und hat bei seinen Fällen, insbesondere bei lupösen und verrukösen Ulzerationen ganz verblüffende Wirkungen der Kupferbehandlung beobachtet. Er zeigt dies auch an zwei Fällen von lupösen Geschwüren an Hand und Unterarm, die eine deutliche Einwirkung des Kupfers wenigstens auf diese Art der äusseren Tuberkulose unzweifelhaft erkennen lassen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

4) **Ruhemann, Konrad** (Berlin). Zur Kasuistik der syphilitischen Spontanfrakturen. (Ärztl. Sachverst. Zeitung 1913, Nr. 17, S. 357—359.)

Ein 68jähr. Mann glitt auf dem Weg zur Werkstatt auf der Treppe aus, stolperte, konnte sich aber noch am Geländer festhalten. Wegen starker Schmerzen im rechten Bein musste er nach Hause gebracht werden, wo der Arzt einen Oberschenkelbruch feststellte. Der Pat. konnte nicht angeben, worüber er gefallen sei; ein Schwindelanfall wurde für möglich erklärt. Acht Tage vor dem Unfall hatten Schmerzen im Bein bestanden. In einer Klinik wurde eine Fraktur im oberen Drittel des r. Femur festgestellt. Röntgenologisch ausserdem starke Wucherungen am Knochen. Auffallend war die geringe Empfindlichkeit des Bruches. Wassermann +. Der Nervenbefund war negativ.

Da alles für eine syphilitische Spontanfraktur sprach und ein Unfall im Sinne des Gesetzes nicht vorlag, lehnte die Berufsgenossenschaft auf Grund des ärztlichen Gutachtens die Gewährung einer Unfallrente ab. Oberversicherungs- und Reichsversicherungsamt wiesen die dagegen eingelegte Berufung zurück.

Natzler, Mülheim-Ruhr.



5) **Skillern.** Syphilis in the etiology of fibrous osteitis (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVI, Nr. 4. p. 531.)

Aus einer eigenen Krankenbeobachtung zieht V. die Schlussfolgerung, dass die fibröse Osteïtis, wenigstens in einigen Fällen, identisch mit hereditärer Knochensyphilis ist. Der Zusammenhang der Syphilis mit dieser und anderen Knochenerkrankungen dunklen Ursprungs sollte mit Wassermann nachgeprüft werden. Eine solche fibröse Osteïtis ist mit konservativen Mitteln zu bekämpfen und kann von der Liste der Knochenerkrankungen gestrichen werden, die zu ihrer Heilung der Amputation bedürfen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

6) **Klose.** Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Bd. XII, Nr. 7, p. 347.)

Verf. bereichert die Kasuistik der Osteopsathyrosis idiopathica um 4 eigene Beobachtungen; Photographien und Radiogrammreproduktionen ergänzen die Arbeit. Auf Grund dieser einzelnen Fälle ist es nicht möglich, über das Wesen der sich im Knochen abspielenden Veränderungen ein klares Bild zu gewinnen, in 3 der Fälle decken sich Röntgen- und histologischer Befund, im 4. hingegen nicht, obgleich klinisch das Bild vollkommen das der drei ersten Erkrankungen ist. Weiteren Forschungen bleibt es vorbehalten, die Knochenveränderungen präzis zu definieren und streng von rachitischen Vorgängen abzugrenzen. Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Mutel.** Considérations sur la pathogénie des kystes essentiels des os et des cals soufflés. (Rev. d'orthopéd. 24e année, Nr. 5, p. 423, Nr. 6, p. 545.)

Sowohl die essentiellen Knochenzysten, als die sogenannten osteomalacischen Kallusbildungen sind benigne Affektionen, haben gleichen ätiologischen und pathologischen Ursprung, kommen im jugendlichen Alter vor und können leicht mit malignen Neubildungen verwechselt werden. Deshalb Vorsicht vor eingreifenden Operationen! Diese beiden Affektionen heilen unter einfacher Immobilisierung vollkommen aus. Beide enthalten kein neoplastisches Gewebe, das ihren Ursprung erklären könnte und sind deshalb noch in Dunkel gehüllte, pathologische Bildungen. Die Aetiologie ist bei beiden Trauma. Es werden 84 Fälle aus der Literatur von Knochenzysten und 8 des selteneren osteomalacischen Kallus angeführt. Eine Plombierung der Höhlen wirkt schädlich, die ruhigstellende Therapie genügt vollkommen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Avé Lallement, G.** (Greifswald). Über multiple kartilagi-



näre Exostosen. (Fortschr. auf dem Geb. d. Röntgenstr. 1913. Bd. XX, H. 5, S. 439—442. Mit 1 Tafel.)

Verf. hat das Auftreten multipler kartilaginärer Exostosen in einer Familie durch drei Generationen hindurch verfolgen können. Hauptsächlich waren die männlichen Mitglieder betroffen. Die Exostosen traten in der Periode des Knochenwachstums auf und erfuhren später meist eine Rückbildung. Wachstumsstörungen an den befallenen Knochen, Verdünnung der Kortikalis, Nesterbildung darin, Schädigung des allgemeinen Dickenwachstums waren meist nachzuweisen. Auch kam es, aber nicht stets, zu Bewegungsstörungen. Die untersuchten Patienten befanden sich im Alter von 3, 15, 22, 26, 52 und 58 Jahren. 6 Bilder von Exostosen an den Extremitäten illustrieren die Arbeit. Natzler, Mülheim-Ruhr.

9) **Brandes, M.** (Kiel). Experimentelle Untersuchungen über den zeitlichen Eintritt der durch Inaktivität bedingten Knochenatrophie. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. 1914, Bd. XXI, 5, S. 551—556. Mit 11 Röntgenb. u. 2 Textb.)

B. hat seine Untersuchungen am Calcaneus des Kaninchens angestellt und die Immobilisierung teils durch Eingipsen eines Beines, teils durch Resektion der Achillessehne zu erreichen gesucht. Er kommt dabei zu dem Schlusse, dass die Inaktivitätsatrophie in ihren ersten Anfängen sehr schnell eintritt. In einem Fall waren schon nach 1 Woche deutliche Veränderungen am Knochen wahrzunehmen. Schon bei einfacher Funktionsverminderung tritt bald eine schnell fortschreitende Knochenatrophie des Fussskeletts auf. Die bei den Tierexperimenten gefundenen Zeiten sind noch kürzer als die beim Menschen angegebenen Zeiten für den Eintritt der akuten reflektorischen Atrophie. Die sogenannte akute, reflektorische, trophoneurotische oder entzündliche Knochenatrophie hält er nunmehr der Hauptstütze ihres Existenzbeweises für beraubt.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

10) **Broca et Philbert.** Radiographies d'ostéomyélites. (Gaz. des hop. 86e année. Nr. 43, p. 693.)

Für Frühdiagnose bei akuter Osteomyelitis ist die Radiographie nicht geeignet, wohl aber für subakute und chronische Fälle, besonders zur Auffindung multipler Herde. Verf. führt 11 eigene Beobachtungen bei Kindern an. Im Anfang einer subakuten Osteomyelitis sieht man an der Markgrenze den Knochen verdünnt, die Abwehrreaktion des Organismus gibt sich als Hyperostosenbildung und verdichtende Osteïtis kund. Erstere ist im Anfang weniger gut, als später zu sehen. Auftreibungen, von Periostablösungen herkommend, rühren von Abszessen her. Die Hyperostosen zeigen



auch manchmal Schichtung — Zeichen von Osteomyelitisscheiben. Die verdichtende Osteïtis dokumentiert sich als Undurchsichtigkeit der Compacta und kann sogar das helle Markkanallumen zum Verschwinden bringen. Abszesse sind als intradiaphysäre helle Flecke kenntlich, meist juxtaepiphysär gelegen, solitär auftretend, von einer osteosklerotischen und dazu oft noch von einer periosthypertrophischen Zone umgeben. Fungositäten sind als verschwommene Schatten, die Sequester darin als schwarze Flecke kenntlich. Je kleiner die Läsionen und je weniger ausgesprochen Osteïtis und Periostitis sind, desto schwerer ist die radiographische Diagnose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Redard.** La radiographie des os et des articulations, sa valeur en chirurgie orthopédique. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 9 u. 10, p. 280 et 302.)

Kein orthopädisches Leiden ist erschöpfend untersucht ohne die Radiographie, der die Orthopädie ihren Aufschwung in den letzten Jahrzehnten zu verdanken hat. Die weitere Vervollkommnung der Radiographie ist hauptsächlich auf dem Gebiet der stereoskopischen zu erwarten und zu begrüssen, die der gewöhnlichen, planen, bei weitem überlegen ist und in die Deutung der Krankheitsbilder noch mehr Klarheit und neue Auffassungsmöglichkeiten zu bringen imstande ist. Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Sarge, Kurt** (Freiburg i. B.) Fremdkörperlokalisation vermittelst Röntgenstrahlen. (Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstr. 1913, Bd. XX, H. 6, S. 555—574.)

Nach einer Besprechung der für die Fremdkörperlokalisation angegebenen Methoden, die schon aus historischen Gründen sehr interessant ist, beschreibt er genau die an der Freiburger chirurg. Universitätsklinik mit ausgezeichnetem Erfolg angewandte Methode von Adrian Sechehayes, die schon 1899 angegeben wurde („Etude sur la localisation de corps étrangers au moyen de Rayons Roentgen" Genf 1899 bei Georg & Cie.) Er hält sie für die beste aller je angegebenen Methoden. Sie gestattet folgende Möglichkeiten: 1.) Bestimmung der Tiefe des Fremdkörpers. 2.) Bestimmung der senkrechten Projektion. 3.) Uebertragen eines Punktes der Platte auf die Haut. 4.) Bestimmung der Richtung für die Inzision. 5.) Bestimmung der Richtung und Tiefe des Fremdkörpers von einem beliebigen Punkt aus. 6.) Berechnung der Grösse und Gestalt des Fremdkörpers.

Wie alles gemacht werden muss, um exakte Resultate zu erhalten, das kann im einzelnen hier nicht auseinandergesetzt werden.



Es muss an der Hand der beigegebenen Zeichnungen und Berechnungen im Original studiert werden. Kostspielige Vorrichtungen sind nicht nötig, man braucht nicht wie bei der Methode von Fürstenau Stereo-Röhre und Tiefenzirkel.

Eine Anzahl von Krankengeschichten spricht für den grossen Wert der Methode bei den verschiedensten Fremdkörperoperationen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

13) **Léri** und **Lerouge.** Les atrophies musculaires progressives syphilitiques. (Gazette des hop. 86e année N. 55 p. 885.)

Vv. beschreiben 6 eigene Beobachtungen und lenken die Aufmerksamkeit darauf, dass diese der Aran-Duchenne'schen Amyotrophie ähnliche Erkrankung (fortschreitender Prozess an den oberen Extremitäten, fibuläre Kontraktionen, Degenerationszeichen, keine Sensibilitäts- und Sphinkterstörungen) oft trotz negativer Anamnese durch Vorhandensein des Argyll-Robertson'schen Symptoms, der Wassermann'schen Reaktion, einer Lymphozytose der Cerebrospinalflüssigkeit, ziehender Schmerzen in den atrophierenden Gliedern den Verdacht der Lues als Aetiologie aufkommen lässt und erfolgreich spezifisch behandelt werden kann. Die symptomatische Therapie des Muskelsystems (Massage, Elektrizität) soll daneben geübt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Geipel** (Dresden). Cysticercus cellulosae in der Körpermuskulatur. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. 1913. Bd. XX, H. 6, S. 594. Mit 2 Röntgenb.)

Bei einem an tuberkulöser Basalmeningitis, Solitärtuberkel im linken Kleinhirn, mediastinaler Lymphdrüsentuberkulose, sowie chronischer Miliartuberkulose verstorbenen 42 jährigen Mann fand sich eine Unmenge von verkalkten Zystizerken von Stecknadelkopfgrösse — bis zu einem Dickendurchmesser von 6 mm. Die inneren Organe waren mit Ausnahme des Herzmuskels völlig frei. Ebenso Augenmuskeln, Interkostalmuskeln und Zwerchfell. In vivo waren am Thorax schon verschiedene unempfindliche Knötchen mit verschiebbarer Hautdecke gefunden worden. In der Faszie fanden sich ebenfalls Zystizerken.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

15) **Veit.** Beitrag zur Aetiologie des Caput obstipum. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1028.)

Auf Grund von Tierexperimenten, bei welchen durch Resektion des n. accessorius eine Degeneration von Muskelfasern des m. sternocleidomastoideus und m. trapezius (vorderer Rand) hervorgerufen wurde, die mit dem mikroskopischen Muskelbefund bei Caput obstipum übereinstimmt, hält Verf. das Caput obstipum



für die Folge einer meist bei der Geburt verursachten Zerrung oder Quetschung des n. accessorius. Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Becker.** Ueber die Tuberkulose der Schleimbeutel der Hüftgegend. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1049.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von tuberkulöser Erkrankung der Bursa trochanterica profunda, welche das eine Mal primär, in Form einer schmerzlosen fluktuierenden Geschwulst, das andere Mal sekundär, nach früherer Coxitis, mit Fistelbildung auftrat, und die Exstirpation der Bursa erforderlich machte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Bilhaut, père.** Traitement des scolioses. Procédé d'Abbott. L'heure orthopédique. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 11, p. 321.)

Verf. verhält sich ablehnend gegen die enthusiastische Begeisterung über die Abbottsche Skoliosenbehandlung. Auch früher wurden mit den alten Methoden Skoliosen geheilt und dabei keine Todesfälle beobachtet (infolge der Abbottschen Behandlung sind zwei Individuen bekanntermassen gestorben). Auch die absolute Neuheit des Gedankens, Skoliosen in Flexion zu korrigieren, streitet Verf. Abbott ab (schon Hoffa und Verf. zeigten eine spontane Ausgleichung der Deviation der Dornfortsätze in Flexionsstellung und konstruierten dementsprechende Bahnen zur Modellierung des Gipskorsetts). Der springende Punkt der erfolgreichen Behandlung liegt im möglichst frühzeitigen Erkennen der Skoliose und in sofortigem Beginn der korrigierenden Massnahmen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Ewald, Paul** (Hamburg). Über isolierte Brüche der Wirbelquerfortsätze. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 1914. Bd. XXI, H. 4, S. 405—407. Mit 2 Röntgenbildern u. -Skizzen.)

E. hatte unter 116 Fällen von „Rückenschmerzen nach angeblicher Rückenverletzung" vier Fälle von isolierter Fraktur eines oder mehrerer Querfortsätze beobachtet. Bezüglich der Ätiologie hat er Zweifel in bezug auf die allgemein angenommene indirekte Entstehung durch Muskelzug. In zweien seiner Fälle ist direkte Gewalteinwirkung sicher. Die Symptome — lokaler Druckschmerz (manchmal auch vom Abdomen her), Schmerz beim Seitwärtsbeugen nach der gesunden Seite, beim Wiederaufrichten, beim Heben der Beine in Rückenlage, beim Treppensteigen, objektiv Skoliose nach der gesunden Seite — waren in allen Fällen mehr oder weniger deutlich vorhanden. Die Diagnose darf nur bei einwandfreiem Röntgenbild — Diastase oder mindestens deutliche Verschiebung! — gestellt werden. Die Prognose ist günstig. Bei der Behandlung



leistet die Fixation mit Heftpflaster oder ein breiter Gurt gute Dienste. Natzler, Mülheim-Ruhr.

19) **Coon.** Traumatic periostitis of the lumbosacral spine. (The New-York med. Journ. Vol. Xc VIII, Nr. 12, p. 570.)

Verf. beobachtete 15 Fälle von Schmerz, Empfindlichkeit und Bewegungsbeschränkung der Lumbosakralwirbelsäule nach Trauma. Ein objektiver Befund war nur im Röntgenbild zu konstatieren, wo in der schmerzhaften Zone der Knochen wolkig und unscharf erschien. Die ersten Aufnahmen wurden ca. einen Monat nach dem Unfall gemacht und öfters wiederholt. In der nächsten Umgebung des Knochens sah man Kalksalzablagerung, Kallusbildung, und die Diagnose einer traumatischen Periostitis wurde durch die wiederholten Aufnahmen gesichert. Die einwirkende Gewalt war nicht stark genug gewesen, um eine Dislokation oder Fraktur der Knochen zu verursachen, hatte aber eine Dehnung und Zerreissung der umgebenden Bänder und des Periosts hervorgebracht.

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Decker, C.** (Münster). Über Luxationen der Lendenwirbelsäule. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. 1912. Bd. XXI, H. 1, S. 39—45. Mit 4 Röntgenb., 2 Skizzen u. 3 Photogr.)

Verf. schildert zwei interessante Fälle von Lendenwirbelbruch mit Luxation, die bei schwerer Verletzung der Wirbelsäule nur geringe klinische Erscheinungen, insbes. vonseiten des Nervensystems, zeigten. Bei dem ersten Patienten handelt es sich um eine Luxation des III. L.-W. nach hinten und nach der linken Seite, ferner um Kompression je der Hälfte des 3. und 2. L.-W. und der Zwischenwirbelscheibe. Nur kurze Zeit nach dem Unfall ausstrahlende Schmerzen ins rechte Bein. Rente 66 $^2/_3$ % 1 $^1/_2$ Jahre nach dem Unfall.

Der Röntgenbefund bei dem 2. Pat. ist eine direkte Rarität: Eine totale Luxation der Lendenwirbelsäule nach der linken Seite zwischen 3. und 4. L.-W. Der 3. und 4. L.-W. liegen nebeneinander. Nur während des ersten Krankenhausaufenthalts kurze Blasenstörungen, sonst keine wesentliche Nervenstörung. 22 Jahre nach dem Unfall eine Atrophie des rechten Oberschenkels um 2 cm, keine Lähmungserscheinungen, alle Reflexe in Ordnung. Rente 50 %, hauptsächlich wegen der dauernd geschädigten Tragfähigkeit der Wirbelsäule. Natzler, Mülheim-Ruhr.

21) **Potel et Veaudeau.** La chirurgie des tumeurs du rachis et de la moelle. (Rev. de chir. 33e année, NNr. 5 u. 9, pp. 713 und 477.)



Die Tumoren der Wirbelsäule und des Rückenmarks können in extravertebrale, vertebrale, intravertebrale (nicht medulläre und medulläre) eingeteilt werden; die nicht medullären intravertebralen sind die häufigsten (77 %). Vv. teilen 600 Beobachtungen aus der Literatur mit. Die Symptome der Geschwülste betreffen das Knochensystem, die Nervenwurzeln, das Rückenmark. Die intravertebralen Tumoren sind sehr geeignet für einen operativen Eingriff. Von vornherein ist es unmöglich, die Diagnose zu stellen, ob sie vom Rückenmark selbst ausgehen oder nicht. Die einfache Laminektomie ist der osteoplastischen vorzuziehen, weil sie einen besseren Ueberblick gewährt. Die Operation ist relativ ungefährlich, in neueren Statistiken sind 5 % Mortalität verzeichnet. Der Tod kann nach gelungener Operation infolge von Schock (wegen zu viel Ablassens von Cerebrospinalflüssigkeit), durch Infektion, Meningitis eintreten. Mit Vervollkommnung der Technik werden sich auch die Genesungsaussichten nach dieser Operation bessern. Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Cahen.** Zur Behandlung der Luxatio humeri cum fractura capitis. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 125, H. 3—4, p. 391.)

Verf. implantierte in zwei Fällen von Luxation des Humerus mit Fraktur des Kopfes und Absprengung des Tuberculum majus den abgebrochenen Kopf nach vollständiger Auflösung auf die Bruchfläche des Humerus und fixierte ihn durch eine Silberdrahtnaht. In einem Fall war das Resultat ein sehr gutes, so dass der 52jährige Fabrikarbeiter seine Arbeit wieder ausführen konnte; im zweiten Fall, der eine 63jährige Frau betraf, bildete sich eine Fistel, durch welche nach 9 Monaten die Hälfte des Kopfes sequestiert entfernt werden musste. Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Tanton.** Fractures de l'apophyse coracoïde. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 107, p. 1667.)

Die Fraktur der Coracoïdapophyse isoliert ist selten (20 Fälle), meist ist sie nur Begleiterscheinung bei anderen schweren Schulterverletzungen (Frakturen, Luxationen). Neben der Fraktur ist auch im jugendlichen Alter durch Muskelzug eine Epiphysenablösung möglich (der selbständige Kern der Coracoïdfortsatzes verschmilzt erst zwischen dem 16. bis 18. Lebensjahr mit dem andern Knochenteil). Die Frakturen werden in direkte und indirekte eingeteilt. Die Symptome sind: lokalisierter Schmerz, verstärkt bei Armheben. Krepitation. Die Funktion ist oft wenig gestört, die Difformität unbedeutend. Als störende Komplikationen können sich nervöse Symptome (Kontusion des axillären Nervenpakets durch Fragment-



stücke oder späterhin durch den wuchernden Callus einstellen. Die Behandlung besteht in Tragenlassen einer Mitella bei forzierter Adduktion, flektiertem Vorderarm, leicht erhobenem Ellbogen, um die Muskeln, die am Coracoid inserieren, zu entspannen; nach 14 Tagen Mobilisierung und Massage. Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Lilienfeld, Alfred** (Leipzig). Ueber das Os acromiale secundarium und seine Beziehungen zu den Affektionen der Schultergegend. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. 1913. Bd. XXI, H. 2, S. 198—204. Mit 6 Röntgenb.)

Als Os acromiale wird allgemein die persistierende Epiphyse des Acromions bezeichnet. Os acromiale secundarium nennt L. einen kleinen Knochen in der gleichen Gegend, der von den Kriterien einer Varietät typische Lagebeziehungen zu den konstanten Knochen, Einreihung in die Tierreihe, knorpeliges Vorstadium, die beiden ersten besitzt, während das letzte, wie V. meint, noch nachgewiesen werden wird. Er geht des Näheren auf die regressive Metamorphose der Varietäten ein und macht als erster auf die Wichtigkeit der Miterkrankung von Varietäten bei Schleimbeutelerkrankungen aufmerksam, insbesonde beim Os acromiale secundarium und Bursitis subdeltoidea, bei Arthritis deformans und Varietäten jener. Die A. d. kann aber niemals für die Entstehung der Varietäten verantwortlich gemacht werden. Hiergegen spricht schon die knorpelige Anlage. Verf. weist auch auf die öftere Verwechselung von Varietäten und Frakturen und persistierenden Epiphysen hin (das os acr. sec. kann mit Fract. acrom. leicht verwechselt werden, das Os Versalianum mit einer persistierenden Epiphyse der Tuberos. oss. metatars. V.) Am Schultergelenk ist die Unterscheidung: Abgesprengtes Knochenstück, Kallusbildung oder Kalkablagerung im Schleimbeutel oft sehr schwierig.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

25) **Härtel** und **Keppler.** Erfahrungen über die Kulenkampffsche Anästhesie des Plexus brachialis, unter besonderer Berücksichtigung der Neben- und Nacherscheinungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103, H. 1, p. 1.)

Von ca. 200 genau nach den Angaben Kulenkampffs mit 2% Novokainlösung vorgenommenen Plexusanästhesien waren 95% erfolgreich. Als Nebenerscheinung trat mit grosser Regelmässigkeit einseitige Zwerchfellähmung auf, meist ohne subjektive Symptome. Nach Ansicht der Verf. handelt es sich um eine Leitungsunterbrechung des n. phrenicus, durch Diffusion des Anästhetikums durch den m. scalenus ant. zum Phrenicusstamm. Weitere Neben-

erscheinungen, wie Schmerz in der Brust, Atemnot, event. Hautemphysem und Pneumothorax, sind die Folgen von Reizungen oder Verletzungen der Pleura durch die Kanüle. Endlich wurden schwere Schädigungen der Plexusnerven nach der Kulenkampffschen Anästhesie beobachtet. Dieselbe soll daher vermieden werden bei Patienten mit Lungenaffektionen, oder mit bereits bestehenden Störungen von Seiten des Plexus, und soll nie doppelseitig ausgeführt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Billet.** Les voies d'accès antérieures à l'articulation du coude. (Rev. de chirurg. 34e année, Nr. 1, p. 21.)

Der klassische Zugang zur Eröffnung des Ellbogengelenks ist von der Rückseite. Die Eröffnung von vorn kann nur durch aussergewöhnliche Verhältnisse bedingt werden, wie z. B. zum Zweck einer Kapselnaht, der Operation an der Synovia (Arthrotomie) oder einer lokalisierten Läsion des Skeletts. Operiert man an der Aussenseite, so kann man die äussere Bicipitalfurche nach Zurückschieben des n. radialis und der Gefässe benützen. Bei Operationen an der Innenseite muss man in der inneren Bicipitalfurche durch das vasculonervöse Bündel hindurch n. medianus und der Gruppe epitrochleäcer Muskeln eindringen. Die Loslösung des musc. brach. int. von der Gelenkkapsel erlaubt eine breite Bloslegung der Gelenkvorderfläche. Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Miginiac.** Sektion traumatique du nerf cubital à la face postérieure du bras. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 54, p. 869.)

Ein 34jähriger Italiener wurde am linken Arm durch einen Messerstich verletzt, der n. ulnaris war an der Hinterfläche des Armes durchtrennt und wurde sofort nach dem Unfall genäht, 48 Stunden nach der Naht konnte Pat. wieder alle Bewegungen ausführen, die von den ulnarisversorgten Muskeln abhängen. Im Bereich des Ellbogens blieb eine partielle Anästhesie bestehen. Nach 2 Monaten trat sekundär eine Atrophie der Interossei und des Hypothenar ein, die Flexoren sind aber unverletzt, das Heilungsresultat ist ein gutes, und der Mann verrichtet sein Tagwerk wie früher. Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Maas, H.** (Berlin). Zur Operation der kongenitalen Vorderarmsynostose. (Zschr. f. orthop. Chir. 1914, Bd. XXXIV, S. 116—123. Mit 4 Abbildg.)

Verf. bespricht kurz die von andern Autoren veröffentlichten Operationsberichte und schildert dann die von ihm an einem 11 Monate alten Kinde ausgeführte Operation, die in der Durchsägung der radio ulnaren Knochenbrücke mittels Giglisäge, der keilförmigen



Osteotomie des nach vorn abgebogenen Ulnaendes und der Entfernung der vorderen und seitlichen Knochenauflagerungen mittelst Meissels bestand. Krankengeschichte, Röntgen- und Operationsskizze sind beigegeben.

Verf. hält die Operation aus kosmetischen und funktionellen Gründen, namentlich bei doppelseitigem Bestehen, für durchaus indiziert und rät, sie möglichst früh vorzunehmen. Das Operationsverfahren muss individuell modifiziert werden. Die Prognose ist, von extremen Fällen abgesehen, nicht schlecht. Notwendig ist lange orthopäd. Nachbehandlung. Natzler, Mülheim-Ruhr.

29) **Hamant et Pigache.** Ostéomyelite à infections mixtes (Gaz. des hop. 86e année No. 71, p. 1158.)

Vv. behandelten einen mittelschweren Fall von Osteomyelitis des Radius, bei dem man 3 mal Gelegenheit hatte, den Eiter zu untersuchen. Das erste Mal fand man ausschliesslich Pneumokokken, nach 4 Tagen Pneumo- und Staphylokokken, nach weiteren 14 Tagen nur Staphylokokken. Aus dieser Beobachtung schliessen Vv., dass die Mischinfektionen nicht immer, wie bis jetzt angenommen wurde, klinisch schwere Erkrankungen sein müssen, und sehen darin die Annahme bestätigt, dass der Pneumokokkus sehr bald zu Grunde geht und eine relativ gutartige Erkrankung verursacht. Der Kranke verliess nach 2 ½ Monaten vollständig geheilt das Krankenhaus und kann seinem Beruf als Pferdehändler wieder nachgehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Vogel, K.** (Dortmund). Über familiäres Auftreten von Polydaktylie und Syndaktylie. (Fortschr. auf dem Geb. der Röntgenstr. 1913. Bd. XX, H. 5, S. 443—447. Mit 7 Röntgenbildern.)

Die Missbildungen konnten mit Sicherheit über drei Generationen verfolgt werden, gingen aber wahrscheinlich über 5. (Familienstammbaum liegt vor.) Das Galtonsche Vererbungsgesetz — Abweichung der Deszendenz in derselben Richtung, aber Abnahme der Missbildung — ist in seinem ersten Teil bestätigt, da die Syndaktylie sich stets auf den 3. und 4. Finger erstreckte. Die Polydaktylie befand sich nicht an der ulnaren oder radialen Seite, sondern ebenfalls im Bereich des 3. oder 4. Fingers. Prozentual waren die männlichen Familienmitglieder höher beteiligt.

Verf. geht noch kurz auf die Frage der Ätiologie ein und nimmt für seine Fälle ein vitium primae formationis an.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

31) **Frenkel-Tissot, Hans C.** (Zürich). Beiträge zur Frage der traumatischen Ernährungsstörung des Os lunatum



manus. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. 1914, Bd. XXI, 5, S. 536--551. Mit 4 Röntgenb. u. 2 Textfig.)

Verf. bespricht zuerst den augenblicklichen Stand der Lehre von jenen eigentümlichen Erkrankungen einzelner Handwurzelknochen, die zuerst von Preiser am Navikulare, dann von Kienböck am Lunatum studiert und beschrieben wurden, bei denen es sich primär um Ernährungsstörungen am Knochen durch ein Trauma und sekundär um einen Kompressionsbruch handelt. Zwei Fälle von „Kienböck'scher Krankheit" hat Verf. beobachtet, von denen einer zur Operation kam. Es handelte sich um ein 25 jähr. Dienstmädchen und um einen 30jähr. Tischler. Anamnestisch war im 2. Falle ein Trauma nachzuweisen. Die Diagnose konnte erst nach 4½ Jahren richtig gestellt werden, nachdem die erste Röntgenuntersuchung eine Fissur der Radius-Epiphyse ergeben hatte. Klinisch bestand in beiden Fällen Bewegungsbeschränkung im Handgelenk, Schmerzen bei Bewegungen und an verschiedenen Punkten in der Umgebung des Lunatum. Im Röntgenbild wurden abnorme Aufhellungen, Verdichtungen, Knochenabplattung und Verkleinerung nachgewiesen. Der mikroskopische Befund des einen Falles machte die Kienböcksche sekundäre Kompressionsfraktur des primär anderweitig geschädigten Knochens nachweisbar. Zwischen der Kienböckschen und Köhlerschen Erkrankung des Naviculare pedis scheinen „gewisse Parallelen im Sinne einer traumatischen Ernährungsstörung zu bestehen."

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

32) **Descarpentries.** Un procédé de réduction à propos des luxations des doigts. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 113, p. 1764.)

Die Notiz soll speziell das Interesse des Praktikers im Auge haben, dessen tägliches Brot es ist, luxierte Finger, besonders Daumen, meist mit unerfreulichen Aussichten zu behandeln, denn die frischen Fälle, die sich leicht reduzieren lassen, kommen gewöhnlich nicht zum Arzt, es werden erst einige Tage nach dem Unfall Hausmittel (Umschläge kräftige Laienmassage) probiert. Erst nachdem der Finger ödematös geworden, die Kapselbänder sich retrahiert haben, wird ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Einfache, noch so kräftige Reduktionsversuche sind meist vergeblich.

Verf. hat in 3 Fällen mit gutem Erfolg unter Lokalanästhesie mit Novokaïn vom Steinmann'schen Nagelextensionsverfahren Gebrauch gemacht. In die Nähe des Köpfchens des luxierten Gliedes wurde nach Joddesinfektion der Haut ein ausgeglühter Bohrer, Nagel oder eine Schraube geschlagen und an diesem eine kräftige



Extension (Gegenextension vom Assistenten ausgeführt) ausgeübt. Die Reduktion gelang leicht, schnell und schmerzlos.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Stempel, Walter*** (Kattowitz). Krankhafte Veränderungen der Sehnenscheiden nach Fingerverletzungen. Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Gewöhnung. (Aerztl. Sachverst. Ztg. 1913, Nr. 16, S. 340—342.)

St. fand bei einem Mann, der über Schmerzen an einem Fingerstumpf und am Handrücken klagte, bei sonst negativem objektivem Befund beim Elektrisieren ein ausgesprochenes Knirschen in der Sehnenscheide des Zeigefingers an der Stelle, die den Verl. beim Zufassen und auf Druck am meisten schmerzte.

Er macht auf das Phänomen aufmerksam und hält es nicht für richtig, Gewöhnung an Unfallfolgen anzunehmen, wenn es noch besteht.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

34) **Schepelmann, Emil** (Halle). Plastischer Ersatz bei Totaldefekt des rechten Daumens. (Zschr. f orthop. Chir. 1914, Bd. XXXIV, S. 174—18?. Mit 14 Abbildg.)

Nach kurzer Besprechung der von andern Autoren geübten Methoden des Fingerersatzes, bringt Verf. die ausführliche — durch eine Reihe von Bildern veranschaulichte — bei einem Patienten ausgeführte Operation von plastischem Ersatz bei Totaldefekt des rechten Daumes. Die Operation musste in einer ganzen Reihe von Abschnitten ausgeführt werden und bestand, kurz skizziert, aus folgenden Akten: 1. Resektion eines ca. 5 cm langen Fibulastückes, von dem die Längshälfte zurückverpflanzt, das andere Stück durch einen kurzen Schnitt unter die Bauchhaut links vom Nabel zwischen Haut und Fett geschoben wurde. Naht der Wunde und Abhebung des Knochenstücks und der bedeckenden Haut durch Matratzennähte. 2. Mobilisierung des Knochenstücks durch eine eigenartige Schnitt- und Nahttechnik in mehreren 8 tägigen Intervallen. 3. Nach 5—6 Wochen, nach Anfrischung beider Teile, Vernähung des neugeschaffenen Gebildes mit dem 1. Metacarpus, 2½ Wochen später Durchtrennung der Hautbrücke.

Nach 1 Vierteljahr war mit dem neuen Daumen die Abduktion und Adduktion ziemlich gut ausführbar. Die Opposition noch ungenügend.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

35) **Giertz.** Ueber freie Transplantation der fascia lata als Ersatz für Sehnen und Bänder. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 125, H. 5—6, p. 480.)

Verf. berichtet über 3 eigene Operationen: Ersatz von Sehnen (2mal an der Hand, 1mal am Knie) durch Stücke aus der fascia



lata (einmal sogar ein 15 cm langes Stück), die sich sowohl beim Einheilen als später bei der guten Funktion der Glieder als sehr brauchbar erwiesen hat. Kirschner schlug 1909 als erster nach tierexperimentellen Untersuchungen diese Verwendung der fascia lata vor. Spitzer-Manhold, Zürich.

36) **Mollenhauer, Paul** (Dresden). Ein neues Modell des Schanzschen Modellierstuhls. (Zschr. f. orth. Chir. 1914, Bd. XXXIV, S. 114—115. Mit 1 Abbildg.)

Beschreibung und Abbildung des Stuhles, als dessen besonderen Vorzug M. rühmt, dass die Modelle in der Stellung des Beines genommen werden können, wie sie beim Gang des Pat. besteht. Der Apparat besteht in der Hauptsache aus einer Platte für seitlichen Sitz und einer verstellbaren Fussbank. Natzler, Mülheim-Ruhr.

37) **Cathcart.** Appliance for extension of the limb in the operative treatment of fractures. (The Edinburgh med. Journ. Vol. XI, Nr. 3, p. 241.)

Verf. beschreibt die von ihm erfundene Vorrichtung, die den Zweck hat, während des Operierens eine Extremität in Extension zu halten und aus einem eisernen Halbring mit eiserner Stange besteht, an der die Stärke der Extension durch verschiedene Löcher und eine Schraube reguliert werden kann. Die Kontraextension des Beckens wird mittels einer Krücke ausgeführt. Der Apparat wird von Young & Son in Edinburgh verfertigt und kostet 25 Schilling.
Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Magnus.** Erwiderung auf den Artikel „Zur Mechanik der Nagelextension" von Christen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103, H. 1, p. 252.)

Verf. behauptet, die von Christen gewünschte Notiz über die Stellung der Gelenke gegeben zu haben, und hält die Vorteile des Scherenapparates gegenüber dem starren Rahmen für nicht erklärt, glaubt aber, die Frage sei experimentell lösbar durch Umwandlung des beweglichen Apparates in einen starren, mittels Anziehung der Flügelschraube, und Messung der erhaltenen Durchbiegungen.
Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **Stoffel, A.** (Mannheim). Neues über das Wesen des Ischias und neue Wege für die operative Behandlung des Leidens. (Zschr. f. orth. Chir. 1914. Bd. XXXIV, S. 100—113. Mit 7 Abbildungen.)

Verf. setzt seine Ansichten über das Wesen der I. auseinander, die für ihn eine Neuralgie bestimmter sensibler Fasern des N. ischiadicus ist. An der Kranken- und Operationsgeschichte eines



Patienten beweist er, dass die Erkrankung einer oder mehrerer sensibler Bahnen im Nerven die Ischias erzeugt, dass sie durch deren Ausschaltung (Neurexhaerese, deren Technik er beschreibt) kupiert wird; dass eine Verbiegung der Wirbelsäule schon durch Erkrankung einer sensiblen Bahn hervorgerufen werden kann und nach deren Ausschaltung von selbst weicht. Natzler, Mülheim-Ruhr.

40) **Denucé.** La soi-disant scoliose sciatique. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 531.)

Die nach Charcot manchmal bei Ischias beobachtete Neigung des Rumpfes nach der der Ischias entgegengesetzten Seite und die fehlende Höherstellung der kranken Seite weisen darauf hin, dass es sich nicht um eine Skoliose, sondern nur um eine fakultative abnorme Körperstellung zur Linderung der Schmerzen handelt. Verf. ist nach seinen neuesten Beobachtungen auch der Ansicht, dass es keine ischiadische Skoliose gibt; ist wirklich bei Ischias eine richtige Skoliose vorhanden, so kann man bei genauer Nachforschung als deren Ursache eine tuberkulöse oder syphylitische Spondylitis finden. Letzteres war in dem einen beobachteten Fall die Aetiologie, und sowohl Skoliose als Ischias verschwanden prompt auf antisyphilitische Behandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

41) **Boehnke.** Beitrag zur traumatischen Hüftgelenksluxation bei Kindern. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1077.)

Ein Knabe erlitt durch einen Schlag der emporschnellenden Eisenbahnschranke eine Hüftgelenksluxation. 2½ Monate später wurde nach unblutigen Versuchen die blutige Reposition ausgeführt. Die Gelenkpfanne musste von schwieligen Massen gesäubert werden, wobei sie den grössten Teil ihres Knorpelüberzuges einbüsste, was der Grund sein dürfte zu einer während der Nachbehandlung eingetretenen Ankylose. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Loepp.** Luxatio femoris centralis traumatica. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 4, p. 1092.)

Ein 40 jähriger Arbeiter fiel von einer Leiter auf die rechte Hüfte und erlitt einen Splitterbruch des Pfannenbodens, durch welchen gleichzeitig der Schenkelkopf völlig ins Becken eintrat. Ausser einer Fissur des os ilei zeigte Becken und Femur keine weitere Verletzung; es handelte sich also um eine selten vorkommende, reine Luxatio femoris centralis. Die Reposition erfolgte durch starke Extension mit gleichzeitigem Zug am Oberschenkel nach aussen. Die Prognose ist eine ernste; es können Shockwirkung, schwere Blutungen, Nervenverletzungen, Blasenstörungen, Verletzungen



des Darmes oder Bauchfells eintreten. Auch bei den günstigen Fällen ohne Komplikation bleibt meist eine Funktionsstörung zurück.

Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Vogel, K.** (Dortmund). Über Coxa valga. Mit 4 Abbildg. (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 225—245.)

V. hat die Deformität bei einem 15½ jähr. Mädchen an der rechten Hüfte beobachtet. Er gibt die ausführliche Krankengeschichte des Falles und geht dann näher auf die Frage der Ätiologie ein. Für seinen Fall akzeptiert er weder Trauma noch Rachitis, noch Vitium primae formationis. Er macht den Versuch zweier Erklärungen: 1. Unregelmässige Knochenproduktion von einer durch ein leichtes Trauma geschädigten Epiphysenlinie aus. 2. Coxa valga als „Entlastungsdifformität" (durch die Störung der Epiphysenfunktion konnten Schmerzen ausgelöst und das Bein „geschont" werden — in Flexion, Aussenrotation und Abduktion, „wie bei beginnender Coxitis". Wenn nun die erkrankte Stelle des Schenkelhalses abnorm weich ist, so könnte durch das Gewicht des nachgeschleppten „geschonten" Beines die Coxa valga entstehen.

Therapeutisch empfiehlt V. mediko-mechanische Prozeduren, den Bierschen Heissluftkasten und operativ lineare oder Keilosteotomie.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

44) **Derscheid-Delcourt.** La luxation congénitale de la hanche et son traitement. (La patholog. infantile. 10e année, Nr. 12, p. 221.)

Verfasserin teilt ihre eigenen Erfahrungen über unblutige Hüftgelenksreduktion nach Lorenz bei 75 Fällen mit und legt den Hauptwert auf die Nachbehandlung, resp. auf jahrelange Kontrolle des Zustandes der kranken Hüfte durch den Arzt, der die reduzierende Operation gemacht hat, sowohl klinisch, als auch durch das Röntgenbild.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Lance.** Dans les luxations congénitales doubles de la hanche, faut-il réduire les deux hanches simultanément? (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 59, p 962.)

Der in die Augen springende Vorteil einer einzeitigen Reduktion beider Hüften ist die Befriedigung der elterlichen Ungeduld. Bei Kindern bis zu zwei Jahren ratet V. auf alle Fälle, einzeitig zu reduzieren, da die Reduktion bei ihnen noch leicht geht, aber wegen langsamer Adaptation der Kapsel und Bänder die Fixationszeit eine sehr lange sein muss. Bei älteren Kindern dagegen (6 Jahre) ist die Reduktion an sich meist schwieriger, das Gelenk passt sich aber schneller den neuen Verhältnissen an, und die Fixation braucht nicht so lange durchgeführt zu werden, da sonst



wieder die Gefahr der Ankylose droht. Das Alter, das dazwischen liegt (ca. 4 J.), ist je nach den äusseren Umständen der Umgebung des kleinen Patienten (ob er artig ist, die Eltern vernünftig und intelligent sind, ob er weit fort wohnt) für ein- zweizeitige Reduktion zu empfehlen. Bei älteren Kindern renke man zuerst die schwierigere Hüfte ein, bei jüngeren die leichte — unterdes kann die schlechtere Hüfte präpariert werden. Auf alle Fälle ist es ratsam, die doppelseitigen Luxationen möglichst frühzeitig einzurenken (1—2 Jahre).

Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Lance.** Luxation précoce dans la coxalgie. (Rev. d'orthopéd. T. V., Nr. 6, p. 573.)

Bei einem 11jährigen Mädchen (Tb. in der Familie, das Kind hatte auch schon kleine tuberkulöse Herde — spina ventosa einer Zehe — gehabt) sah man 3 Tage nach Eintritt heftiger Schmerzen im Knie und in der Hüfte (Hinken hatte ohne Beschwerden schon längere Zeit bei Ermüdung bestanden) auf dem Röntgenbild eine drohende Luxation des Femurkopfes aus der Pfanne (beide in ihrer Form noch normal). Unter dem Kruralbogen fühlte man fungöse Massen und einen beginnenden kalten Abszess. Punktion ohne Eiterentleerung. Leichtgelingende Reduktion der Hüfte in Narkose. Dabei das Gefühl, wie wenn mit dem Kopf weiche Massen zerdrückt würden. Immobilisierung. Ueberführen der Kranken nach Berck-sur-Mer. Seitdem Hebung des Allgemeinbefindens. Mehrmalige Punktion des Senkungsabszesses.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Peter Bade** (Hannover). Ueber die Beziehungen der Arthritis deformans juvenilis zum eingerenkten, kongenital luxierten Hüftgelenk. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 1913, Bd. XXIII, S. 206—211.)

Bei Bades Material fanden sich 70 Gelenke — 14 doppelseitige und 42 einseitige — die konzentrisch zur Heilung gebracht waren, in denen sich bei völligem Kontakt des Kopfes mit der Pfanne verschiedene Veränderungen abgespielt hatten. Er teilt sie in 5 Gruppen ein:

1. Einschmelzungserscheinungen am Kopf, am oberen mittleren, seltener lateralen Teil, die oft schon während der Verbandperiode auftreten, oft stationär bleiben, manchmal nach 4—6 Tagen verschwunden sind, wobei sich die Form des Kopfes etwas geändert hat (flacher, kleine Einsenkung). Es sind nach B. osteoporotische Vorgänge, die nichts mit Arthritis zu tun haben.

2. Während und nach der Behandlung löst sich — selten — der Kopf in zwei oder drei Teile auf. Hier kommen osteomalazische



oder rhachitische Prozesse in Frage. Die Fälle gehen vollständig zurück, so dass nach Jahren auch röntgenologisch nichts mehr nachweisbar ist.

3. In einer Reihe von Fällen ist überhaupt kein knöcherner, sondern nur ein knorpeliger Kopf vorhanden. Es handelt sich hier auch um Ossifikationsanomalien, die durch einen krankhaften Prozess in der Epiphysenlinie ausgelöst werden.

4. Bei 5—9jährigen Kindern tritt ein bis mehrere Jahre nach der Einrenkung eine randförmige Einschmelzung des Kopfes auf. Er wird von der Peripherie aus resorbiert, ohne dass im Innern oder an der Epiphysenlinie osteoporotische Erscheinungen auftreten. Die Resorption führt zu einer völligen Einschmelzung des Kopfes. Die Fälle sehen einer Arthritis sehr ähnlich, es handelt sich nach B.'s Ansicht um Anpassungsvorgänge des Kopfes an die deform gebildete Pfanne.

5. In einigen Fällen tritt ein zentraler Kopfschwund ein. Es treten osteoporotische Zonen auf, die nicht wie bei den Fällen unter 1 wieder verschwinden, sondern den ganzen Kopf zum Schwinden bringen. Auch hier handelt es sich meist um ältere oder anderwärts behandelte Kinder. B. hat den Eindruck, als ob dann bei der Reposition eine Infektion des Schenkelhalses erfolgt ist. Subjektive Beschwerden fehlen. Es ist anzunehmen, dass auch in den Fällen, wo im Röntgenbild kein knöcherner Kopf zu sehen ist, ein knorpeliger vorhanden ist. Es kommt manchmal wieder zu einer guten Entwicklung des Kopfes. Natzler, Mülheim-Ruhr.

48) **Erskine.** A case of rheumatic arthritis treated with rheumatism phylacogen. (The Lancet 27. IX. 13, p. 931.)

1 Fall von subakutem Rheumatismus der linken Hüfte und des linken Knies (Erkrankung seit einem Jahr mit akuten Anfällen von Zeit zu Zeit) wurde mit Rheumatismusphylokogen behandelt. Nach 6 Injektionen konnte Pat. Hüfte und Knie biegen und gehen. In weniger als 4 Wochen Heilung. Ebenso gaben die Phylakogeninjektionen bei einem Fall von Ischias und einem Fall von Lumbago gute Resultate. Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Werndorff, B.** (Wien). Die Entstehung der Hüftgelenkskontraktur bei Coxitis tuberculosa. Mit 8 Abbildg. (Zschr. für orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 201—224.)

W. geht mit den bisherigen Erklärungen der Kontrakturstellung bei Coxitis ins Gericht und zeigt deren Unhaltbarkeit. Insbesondere geht er näher auf die Königsche Schonungstherapie ein. Die Abduktion kann nicht aus Schonung des Beines entstehen, denn dazu



wäre sie gerade die ungünstigste Stellung. Auch die Adduktion entsteht nicht durch das Liegen des Kranken auf der gesunden Seite. Abduktion und Adduktion entstehen durch das Zusammenwirken mehrerer Kräfte, hauptsächlich der muskulären Insuffizienz des Gelenkes und der Belastung. Bei synovialen Erkrankungen, ohne destruktive Kopf- oder Pfannenerkrankungen, besteht Beugung, Abduktion und Auswärtsrollung. Bei bestehender Gelenkdestruktion ist Beugung, Adduktion und Auswärts- oder Einwärtsrollung vorhanden. Bei isolierten Knochen- oder Synoviaherden treten keine typischen Kontrakturstellungen auf, es besteht aber konstant eine Einschränkung der Exkursionsbreite. Natzler, Mülheim-Ruhr.

50) **Kölliker, Th.** (Leipzig). Zur Technik der Osteotomie. (Zschr. f. orthop. Chir. 1914. Bd. XXXIV, S. 278—279.)

Bezügl. der Osteotomie am Oberschenkel empf. K. einen Schnitt, beginnend an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, etwas seitlich medial von der Mittellinie, leicht schräg nach innen in der Richtung zum Innenrand der Patella verlaufend. Man kann sich so durch die Muskelinterstitien in die Tiefe arbeiten ohne wesentliche Muskelverletzung. — Das Periost ist nicht abzulösen. Am Unterschenkel ist die Kreissäge nach Künne zur Durchtrennung zu empfehlen, sonst Meissel mit Hebelraspatorium.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

51) **Nové-Jesserand, Rendu et Michel.** De l'extension par le „clou de Codivilla" dans les fractures du fémur chez l'enfant. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 487.)

Die Verfasser teilen vier Fälle komplizierter Oberschenkelbrüche mit Verschiebung der Fragmente und bedeutender Verkürzung bei Kindern mit, die nach der modifizierten Codivillaschen Methode (die Modifikation besteht in Anlegen eines festen Beckengipsverbandes, an dem die Kontraextension angebracht wird) mit dem in den Calcaneus gejagten Nagel für die Extension erfolgreich behandelt wurden. In zwei Fällen bekam man als Endresultat sogar eine Verlängerung der kranken Extremität um 1 cm. Die Knochenläsionen im Calcaneus störten keineswegs, die Funktion und Defekte füllten sich wieder aus. Die Steinmannsche Nagelextension (Einjagen der Nägel in die Epiphysen) kann beim Kinde wegen der Gefahr einer Epiphysenknorpelschädigung keine Anwendung finden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Billet.** Le genou à ressort. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 61. p. 997.)

Nach den französischen Statistiken ist das schnellende Knie, sowohl das angeborene, arthritische als traumatische eine Seltenheit.



Von letzterem beschreibt V. 2 eigene Beobachtungen. Der Mechanismus ist der einer permanent rezidivierenden Meniscussubluxation (beide Menisci etwa gleich häufig). Die ursprüngliche Ursache ist in Schlaffheit der Kapsel und des Bandapparates zu sehen. Das schnappende Geräusch bei jeder Bewegung im Knie (Extension und Flexion) ist meterweit zu hören. Die Beweglichkeit des Unterschenkels ist meist uneingeschränkt, die Deformität höchstens als leichte teigige Schwellung kenntlich, die Beschwerden sind meist nur psychische (wegen des störenden Knackens bei jeder Bewegung). Im Anfang ist immer eine konservative Therapie zu probieren (Ruhe, Elektro- und Thermotherapie), die gelegentlich zu vollkommener Heilung führt (der eine der angeführten Fälle), sonst Meniskektomie (der palliativen Capsulorrhaphie vorzuziehen).

Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Jaboulay.** Tumeur blanche du genou. (Annales de chir. et d'orthopéd. T. XXVI, Nr. 11, p. 341.)

Beschreibung eines Falles von Tumor albus des rechten Knies bei einem 19jährigen Arbeiter, der vor fünf Jahren, eine Last tragend, aufs rechte Knie fiel und seitdem Beschwerden hatte. Er kann trotzdessen gut gehen, das Kniegelenk kann bis zu ca. 20° gebogen werden, es ist geschwollen, gibt bei Palpation das Gefühl einer Pseudofluktuation, Verschiebung der Patella lässt ein Knirschen hören. Es handelt sich um eine in Heilung begriffene Osteoarthritis des Kniegelenks. Die Therapie wird sich deshalb auf Immobilisation und Hebung des Allgemeinzustandes beschränken.

Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Molinens, Gustav** (Düsseldorf). Das Genu valgum im Röntgenbilde. Mit 12 Abbildg. (Zschr. für orthop. Chir., Bd. XXXII, S. 247—276.)

M. hat seine Untersuchungen an dem Material der kgl. Universitätsklinik in München angestellt und bringt 63 Krankengeschichten mit Röntgenbefund im Auszug. Nach kritischer Besprechung der verschiedenen Entstehungstheorien und nach einer kurzen Zusammenstellung der Resultate seiner Untersuchungen kommt er zu der praktisch bedeutungsvollen Feststellung, dass die Deformität in den ersten Lebensjahren in den meisten Fällen in der Tibiametaphyse, im adoleszenten Alter dagegen in der Femurmetaphyse sitzt. Daraus ergibt sich die Forderung, dass nicht nach einem Schema osteotomiert werden darf. Es kommt vielmehr bei kleinen Kindern, wenn man unblutig nicht zum Ziel kommt, die Osteotomie der Tibia unter Erhaltung einer medialen Brücke in Frage, bei Adoleszenten die suprakondyläre Osteotomie. Die Epiphyseolyse ist wegen



der Gefahr von Nebenverletzungen (Peroneuszerrung, Bänderzerreissung mit nachfolgendem Schlottergelenk) zu verwerfen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

55) **Alapy.** Zur Frage der Resektion des kindlichen Kniegelenks. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 102, H. 3, p. 855.)

Da nach den neueren Publikationen die Kniegelenksresektion auch bei ganz jungen Kindern bei langer Nachbehandlung gute funktionelle Resultate ergibt, hält Verf. seine früher aufgestellte, von Garrè scharf angegriffene These, dass bei tuberkulös eiternden kindlichen Kniegelenken mit der Amputation nicht zu lange gezögert werden dürfe, nicht mehr aufrecht. Im übrigen ist er der Ansicht, dass Garrè auch leichtere Fälle von tuberkulösen kindlichen Kniegelenken reseziert, welche in orthopädischen Anstalten durch konservative Massnahmen ausgeheilt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Kirmisson.** Traitement opératoire d'une ankylose rectiligne du genou droit chez un jeune homme présentant une double ankylose des genoux dans la position rectiligne, et une ankylose incomplète de la hanche gauche. (Rev. d'orthopéd. T. V, Nr. 6, p. 571.)

Bei Behandlung der Ankylosen der oberen Extremität ist das Wünschenswerte, eine grosse Beweglichkeit zu erzielen, an der unteren Extremität eine grosse Stabilität. Verf. operierte nur ungern bei einem Jungen eine geradlinige feste Ankylose des einen Knies (notgezwungen durch die prekären Verhältnisse des Patienten infolge einer ebenfalls geradlinigen Versteifung des anderen Knies und einer inkompleten der linken Hüfte). Beschreibung der Operation. Interposition eines Lappens von fibroadipösem Gewebe. Glatte Heilung. Anfangs gute Beweglichkeit, das Endresultat nach einigen Monaten war aber ein betrübendes: die Exkursionsweite beträgt jetzt kaum 10—15°.

Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **Diel.** Arthroplastie fémoro-rotulienne pour ankylose du genou. (Gaz. des hop. 86e année, Nr. 111, p. 1727.)

Am Knie werden Arthroplastiken wegen der Undenkbarkeit der Aufgabe (begründet durch die anatomischen Verhältnisse des Gelenks) seltener ausgeführt, als am Ellbogen. V. hatte vor 2 Jahren Gelegenheit, eine solche auszuführen, und das funktionelle Resultat ist ein sehr gutes. Es handelt sich um einen kräftigen, 23jährigen jungen Mann, der im Alter von drei Jahren am linken Knie einen Tumor albus mit Vereiterung gehabt hatte. Heilung mit starker Flexionsankylose, Verkürzung des Beines um 4 cm, Gehen auf



Krücken, Quadrizeps atrophisch. Beuger gut erhalten, die Kniescheibe mit dem Femur verschmolzen. Der Kranke wollte um alles von seiner Difformität und den Krücken befreit sein. Es bestand die Befürchtung, durch einen operativen Eingriff alte tuberkulöse Herde wieder aufzustöbern, andererseits aber lag die tuberkulöse Erkrankung schon so weit zurück, dass man doch an eine Arthroplastik ging. Subkutan wurde die Bizepssehne und einige andere durchschnitten, um eine Streckung zu ermöglichen, durch Massage der Quadrizeps drei Monate hindurch vorbereitet. Dann folgte der operative Eingriff. Ein grosser Resektionsschnitt wurde gemacht, die Kniescheibe losgelöst von ihren hinteren Verwachsungen, auf die Tumorfläche das Epiploon eines frisch geschlachteten Kaninchens gelegt und durch präparierte Renntiersehnen, die Xförmig darüber befestigt wurden und die eigentliche Isolierung für die Rückwand der Patella bildeten, fixiert. Vernähung, Verband, keine Schiene. Vollkommen reaktionslose Heilung. Am 4. Tage fing man an, trotz anfänglich starker Schmerzen, die Patella durch seitliche, später auch vertikale Bewegungen zu mobilisieren, so fort alle Tage. Am 16. Aufstehen. Nach einem Monat bemerkte man elektrische Erregbarkeit im Quadrizeps, im zweiten aktive Beweglichkeit, ein Hinaufziehen der Kniescheibe, die keine Tendenz mehr zeigte, an der Rückseite mit dem Femur zu verwachsen. Während vieler Monate wurde Massage und Extension in Apparaten gemacht mit dem erfreulichen Resultat, dass Pat. jetzt sicher und gut am Stock gehen kann, die Verkürzung des Beines beträgt nur noch $^1/_2$ cm, der Quadrizeps hat sich wieder vollständig erholt und funktioniert gut. Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Luquet et Dedet.** Fractures du péroné. (Gaz. des hop. 86e année, NNr. 39, 42, p. 629, p. 677.)

Vv. teilen die Fibulabrüche wie üblich in direkte und indirekte ein, nach dem Sitz in Diaphysen- und Epiphysenbrüche; erstere sind bereits durch direkte, die anderen durch indirekte Gewalt verursacht. Die Dupuytreusche Fraktur (Fibulafraktur 7—9 cm oberhalb des Mall. ext., Bruch des Mall. int. an der Basis) mit ihrer Modifikation bei Kindern — statt des Mall.-int.-Bruches eine Diaphysoepiphysärtrennung an der Tibia — werden in Bezug auf Diagnose, Therapie und Prognose besprochen, die Komplikationen erwähnt und durch einige Zeichnungen illustriert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

59) **Klose** (Neisse). Exarticulation der Fibula nach vorn im oberen Tibio-Fibulargelenk, mit 1 Röntgenbild. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1913. Heft 23, S. 911—912.)



Trat bei einem Pionier gelegentlich eines Fehlsprungs über Kasten auf. Es war eine Luxation nach vorn, die nach Meinung des Verf. dadurch entstand, dass der Verletzte, der in die Knie gesunken war, beim plötzlichen Aufrichten die an der Vorderseite des Fibulaköpfchens entspringenden Muskeln — Extens. digit. commun.; Ext. halluc. long. u. Peron. long. — stark kontrahiert und dadurch das Wadenbeinköpfchen nach vorne zog.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

60) **Froelich.** Des osselets sur un méraires du tarse. (Rev. d'orthopéd. T. V. Nr. 6, p. 501.)

Verf. konnte von den häufigsten überzähligen Knochen des Tarsus 5 Fälle von tibiale externum, 2 von os trigonum (talus accessorius), 1 Fall von cuboidale accessorium und 2 von hinterer isolierter Epiphyse des Metatarsus V beobachten. Die praktische Bedeutung, die diesen abnormen Knochen zukommt, ist das häufige Auftreten von Tarsalgien im jugendlichen Alter (Traumen ausgesetzt, andererseits Sitz infektiöser Osteïtiden). Es handelt sich um anologe Vorgänge wie bei Apophysitiden anderer Knochen im jugendlichen Alter (Schlättersche Krankheit etc.). Das Röntgenbild stellt die ausschlaggebende Diagnose. Häufig doppelseitiges Vorkommen der Abnormität. Es werden noch gefunden: überzähliges os calcaneum, nucinatum, doppeltes cuneiforme, ein os intermetatarsale, davon konnte Verf. aber keine persönlich beobachten. Spitzer-Manhold, Zürich.

61) **Roziès.** Mal perforant plantaire et air chaud. (Gaz. des hop. 86e année Nr. 50, p. 811.)

V. berichtet über 4 eigene Fälle von Fussgeschwüren, die mit verschiedenen Resultaten der Heissluftbehandlung ausgesetzt wurden. Die Therapie eignet sich für frische Fälle, ältere Fälle ohne Komplikationen und Veränderungen des Allgemeinbefindens, rezidivierende Geschwüre, bei denen aber die Heissluftbehandlung noch nicht versucht wurde. Ungeeignet sind die rezidivierenden Fälle, die schon einmal mit Heissluft behandelt wurden, tiefgehende Geschwüre, die schon Knochen und Gelenke arrodiert haben, gangränöse Formen mit Veränderung des Gesamtbefindens. Diese eignen sich nur noch für chirurgische Eingriffe (Exzision, Amputation, Desartikulation der Zehen, event. des Unter- bis Oberschenkels, Nervenverlängerungen der Plantarnerven oder des tib. ant., Bündeltrennung des Ischiadicus, Nerven anastomosen). Spitzer-Manhold, Zürich.

62) **Leuba.** Die Heliotherapie der Fusstuberkulose. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 125, H. 5—6, p. 413.)



Verf. bringt mit Radiogrammen und Photographien die Krankengeschichten von 94 mit Fusstuberkulose schweren Grades behafteten Kranken, bei denen vor der heliotherapeutischen Kur in Leysin schon alle konservativen Methoden probiert worden waren, ohne Erfolg zu haben. 87 dieser Fälle sind geheilt mit Wiederkehr der Funktion des Fussgelenks. Der einzige Vorwurf, der der Heliotherapie gemacht werden kann, ist die relativ lange Dauer der Kur bis zum definitiven Erfolg, und es bleibt für die Zukunft staatlichen Wohlfahrtseinrichtungen vorbehalten, auch für die ärmere Bevölkerungsschicht durch Einrichten billiger Sonnenkurheilstätten die Möglichkeit zu schaffen, ohne verstümmelnde chirurgische Eingriffe die Knochen- und Gelenkstuberkulose zu heilen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

63) **Roepke, W.** (Barmen). Die Verwendung frei transplantierter Sehnen in der Behandlung des paralytischen Klumpfusses. (Zschr. f. orthop. Chir. 1914. Bd. XXXIV, S. 280—283.)

R. benutzt zur freien Transplantation die Sehne des Palmaris long. Durch die freie Ueberpflanzung ist die Opferung einer Muskelfunktion überflüssig; sie dient zur Vereinfachung, Unterstützung und Ergänzung der gewöhnlichen Verfahren der Sehnenverlagerung. Nicht völlig gelähmte Muskeln können in der Regeneration unterstützt werden, wenn zwischen ihrem Angriffspunkt am Knochen und einem gesunden Muskel eine frei transplantierte Sehne einschaltet. Beschreibung der Technik. Kurzer Bericht über die Operation bei 2 paralytischen Klumpfüssen. Natzler, Mülheim-Ruhr.

64) **Bähr, Ferd.** (Hannover). Ueber die Brüche der grossen Fusswurzelknochen. (Aerztl. Sachverst. Ztg. 1913, Nr. 24, S. 513—515. Mit drei Röntgenb.)

Verf. ist der Meinung, dass die Calcaneusfraktur auch heute noch sehr oft übersehen wird. Er bringt drei Fälle, von denen 2 überhaupt nicht diagnostiziert waren, während beim dritten zwar die Calcaneusfraktur, nicht aber die gleichzeitig bestehende Talusfraktur diagnostiziert worden war. Sehr interessant ist der zweite Fall, bei dem durch direkte Gewalteinwirkung — der Patient stiess beim Rodeln mit dem rechten Fuss gegen einen Baum — der Calcaneus in eine Menge von Bruchstücken zersplittert wurde. (Leider sind die Reproduktionen schlecht! Ref.) Natzler, Mülheim-Ruhr.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Pr. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3 oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



1) **Lubinus.** Die Heilgymnasten in Schweden und in Deutschland. (M. m. W. Nr. 24. 1913.)

Schweden ist bekanntlich auf dem Gebiete der orthopädischen und allgemeinen Heilgymnastik Deutschland weit voraus. Ein Jahrhundert bevor man bei uns an eine aktive Uebungstherapie dachte, hatte man dort schon die Heilgymnastik und man bildete die Heilgymnasten beiderlei Geschlechts im Stockholmer Zentralinstitut aus. Dieses Institut soll vom Staat aus neu organisiert werden, weshalb sich im April 1910 auf königliche Kabinettsordre hin ein Komitee von Fachmännern bildete, um Vorschläge zu machen und neue Satzungen auszuarbeiten. Die Aerzte sind nach der Auffassung dieses Komitees besser in Heilgymnastik zu unterweisen als bisher; da aber unmöglich alle erforderliche Heilgymnastik von den in der Zahl beschränkten und als Arbeitskraft zu teueren Aerzten ausgeführt werden kann, so müssen die Heilgymnasten herangezogen werden. Wie bisher, soll als Vorbedingung für die Aufnahme in den 2jährigen Lehrkurs der heilgymnastischen Hochschule bei Männern das Abiturium und bei Frauen das Abgangsexamen einer höheren Mädchenschule gefordert werden. Haglund fordert, dass die Ausbildung von mechanotherapeutischen Assistenten und die von Lehrern und Lehrerinnen in physischer Erziehung getrennt werde, und jede quasimedizinische Bildung aus dem Ausbildungsunterricht der mechanotherapeutischen Assistenten weggelassen werde (die schwedischen Kollegen klagen, wie sich Ref. selbst dort überzeugen konnte, häufig über Kurpfuschereien der Heilgymnastinnen und der Heilgymnasten, die diese, im Vertrauen auf ihr medizinisches Halb- und Viertelwissen, oft unternehmen).

Seit 10 Jahren bildet Verf. unter der Aufsicht der Fakultät und der Regierung in Kiel Heilgymnastinnen genau nach schwedischem Muster aus und berichtet über beste Erfolge. Die Heilgymnastin muss und soll aber unter der Leitung eines Fachmanns arbeiten, nie selbständig als Kurpfuscherin — das kommt wohl um so seltner vor, je besser die Ausbildung und je schärfer somit die Selbstkritik der betreffenden ist! — als auch nicht nach den Anweisungen eines nicht fachkundigen Arztes, der (auch nach des Ref. Erfahrung) von der Heilgymnastik meist weniger versteht als die gut ausgebildete Gymnastin.

Klar, München.

2) **Gauvain.** L'hopital et collège d'Alton. (Hampshire, England.) (Orthopéd. et tuberculose chirurgicale 1e année Nr. 1, p. 46.)

Verf. beschreibt das aus nur privaten Mitteln, ohne staatliche Subvention 1908 eröffnete Krüppelheim in Alton (Lord Mayor Treloar)



mit Werkstätten und Sportstätten. Einen grossen Prozentsatz liefern die Kinder mit Malum Potti. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist auf 18 Monate berechnet worden, bis jetzt wurden schon über 1000 Fälle von Knochentuberkulose behandelt. Die konservative Methode wird nur in dringenden Fällen durch kleine operative Eingriffe ergänzt. (Operationssaal und Röntgeneinrichtung, sowie Lampen für ultra-violette Bestrahlung.) Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Grünberg.** Die Grundlagen der Orthodentie. (B. kl. W. Nr. 37. 1913.)

Verf. bespricht die Aetiologie der Stellungsanomalien der Zähne und der Alveolarfortsätze und der Verlagerung der Kiefer und die orthodentischen Massnahmen und Apparate zu deren Beseitigung. Der verbreiteten Meinung, man solle nicht vor dem 12. Lebensjahre orthodentisch eingreifen, widerspricht der Verf. und meint, man müsse so früh als möglich Zahnstellung- und Kieferanomalien bekämpfen. Klar, München.

4) **Foerster, O.** Das phylogenetische Moment in der spastischen Lähmung. (B. kl. W. Nr. 26 u. 27. 1913.)

Die typischen Kontrakturstellungen bei den spastischen Lähmungen und die Bewegung- und Reflexsynergien sowie die Steigerung der Sehnenreflexe und der Spastizität der Muskeln führt man auf eine gesteigerte peripherogene Erregbarkeit der subkortikalen Zentren und des Rückenmarksgraus infolge des Fortfalls des Einflusses der Pyramidenbahnen zurück. Damit ist aber die Tatsache nicht erklärt, dass die kontrakturierten Glieder sich in bestimmten typischen Stellungen, die von der Ruhelage in der Norm so sehr abweichen, befinden; dieselben Kontrakturstellungen und dieselben Bewegungsynergien findet man beim neugeborenen Kinde und während der ersten Lebensmonate. F. bezeichnet die Kontrakturstellungen und die Bewegungsynergien als die spezifische subkortikale Lage und die spezifische subkortikale Kinetik; diese haben eine phylogenetische Bedeutung: die Haltung der Glieder des ganz jungen Kindes erinnert an Entwicklungsphasen in der Stammesgeschichte, in denen unsere Vorfahren vierhändige Kletterer waren. So analysiert F. die Kontrakturen und Bewegungen bei der spastischen Lähmung von phylogenetischen Gesichtspunkten aus. Der Innervationsstrom, der bei spastischen Lähmungen den Muskeln von den subkortikalen Zentren und dem Rückenmarksgrau zufliesst, und der die Kontrakturstellungen hervorbringt, bevorzugt diejenigen Muskeln, die beim Affen und Halbaffen in der ruhigen Kletterhaltung innerviert werden; ebenso haben die Bewegungsynergien bei den spastischen Lähmungen eine grosse Aehnlich-



keit mit den Kletterbewegungen der Affen. F. stellte hierüber eingehende Untersuchungen an und beschreibt diese ausführlich.

Klar, München.

5) **A. Stoffel** (Mannheim). Neue Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Sehnenüberpflanzung. Mit 7 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXIII. S. 602—619.)

Verf. ist der Ansicht, dass bisher auf die morphologische Beschaffenheit des Kraftspenders zu wenig Rücksicht genommen wurde. Nur ein Muskel, der auf Grund seines anatomischen Baues ähnliche Leistungen übernehmen könne, wie der gelähmte, soll als Kraftspender verwendet werden. Verf. bringt dazu einige Beispiele, die er auch durch Bilder erläutert. Bezüglich der Spannung des zu überpflanzenden Muskels ist er der Ansicht, dass die bisher allgemein übliche starke Spannung fehlerhaft ist. Der Muskel muss in seiner physiologischen Länge erhalten werden und darf nicht auf Spannung beansprucht werden. St. überpflanzt jetzt periostal. Zur Korrektur und zum Festhalten derselben benutzt er den gelähmten Muskel, indem er ihn in ein künstliches Ligament umwandelt. Dann wird der Kraftspender in seiner physiologischen Anspannung überpflanzt. Ueberdehnte Muskeln dürfen nach St. nicht verkürzt werden, sondern müssen intakt bleiben. Besonders wichtig ist die elektrische Untersuchung der Muskeln während der Operation.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

6) **Eden** und **Rehn.** Die autoplastische Fettransplantation zur Neurolysis und Tendolysis. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. H. 1. p. 65.)

Vv. konnten durch klinische Fälle (4 Nervenlähmungen, 2 Sehnenverletzungen) und Tierexperimente die Brauchbarkeit der Umhüllung durch Verwachsungen oder durch gefährdeten Nerven und Sehnen mittels autoplastisch transplantierter Fettlappen beweisen. Die Einheilung erfolgte selbst bei infizierten und der Ernährung des Transplantats ungünstigen Verhältnissen glatt, der Fremdkörperreiz war nur ein geringer. Das Fettgewebe bleibt teilweise unverändert, regeneriert sich andererseits vollständig, so dass es den gefährdeten Stellen von Anfang an und dauernd Schutz gewährt und sogar besser als Faszie zur Umhüllung taugt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Bolognesi** (Modena). Plastiche tendinel sperimentali (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Aus den Versuchen an Kaninchen, die nach einer besonderen und rigorösen Technik ausgeführt wurden (absolute Asepsis des Experimentes und gute Konservierung des einzupflanzenden Gewebes,



kein Darüberlegen der Hautnarbe über die Einpflanzung, grössere Länge des eingepflanzten Gewebsstückes als der auszufüllende Substanzverlust, tägliche postoperative Untersuchung der operierten Extremität und frühzeitige Mobilisierung derselben) ergibt sich, dass sich aus einem Faszienstreifen des Kaninchens, ebenso wie aus den Wänden einer varikösen menschlichen Vene, oder eines bei einer Herniotomie bei einem Kinde gewonnenen Bruchsackes die Bildung eines Bindegewebssträngchens erhalten werden kann, das in vollkommener Kontinuation mit den Enden der resezierten Sehne steht und meist nicht im geringsten mit den benachbarten Geweben verwachsen ist.

Buccheri, Palermo.

8) **Fritz Lange.** Les progrès accomplis dans la transplantation des tendons. (Orthopédie et tuberculose chirugicale. 1e année. Nr. 1, p. 23.)

Nach seinen eigenen Erfahrungen zieht Verf. die Periostnahtmethode der alten Sehnentransplantation nach Nicoladoni vor, erstens weil die gelähmten Sehnen oft brüchig und leicht zerreissbar sind (auf Grund von Experimenten wird dieses von Vulpius bestritten), zweitens können die Insertionspunkte bei der periostalen Naht günstiger gewählt werden, die neuhergestellten Muskeln gewinnen mehr Zugkraft, drittens ist die Gefahr der Adhärenz der transplantierten Sehne mit dem Knochen bei der periostalen Methode leichter zu vermeiden. Sind alte Sehnenscheiden vorhanden, so werden sie nach Abtragung des gelähmten Sehnenstückes zur Durchleitung der neuen Sehnen (event. künstlicher aus Seide, in 1‰ Quecksilberoxycyanür sterilisiert) benutzt, bei vorhandenem Fettpolster kann aus diesem eine interponierende Schicht zwischen Sehne und Knochen gemacht werden, oder als Sehnenscheide die Cargile'sche Membran (mit Chromsäure präparierte Schweinsblase) benutzt werden. Die Sehnentransplantation kann ausser durch Adhärenzen durch Ausreissen der Nahtpunkte gefährdet werden. Besondere, vom Verfasser angegebene Sehnenbefestigung. Bei Gelenklähmungen und totaler Paralyse des Deltoides und Pectoralis bleibt die Arthrodese in ihrem Recht, im übrigen ist ihr Feld aber durch die Sehnentransplantation stark eingeschränkt worden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Oshima.** Ueber das Schicksal des homöoplastisch transplantierten Hautlappens beim Menschen. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 103. H. 2, p. 440.)

Verf. untersuchte mikroskopisch kleine exzidierte Stücke aus einem homöoplastisch transplantierten Hautlappen beim Menschen vom 9. bis 47. Tag und fand schon frühzeitig bei makroskopisch fast normalem Aussehen starke Degenerations- und Nekroseerscheinungen,



welche am 33. Tage zur Abstossung des bloss passiv angeheilten Lappens führten, während bei einem autoplastisch transplantierten Hautlappen die Gewebselemente am 34. Tage noch ihre ursprüngliche Form zeigten. Zum Schluss berichtet Verf. noch über misslungene homöoplastische Hauttransplantationen beim Kaninchen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **Mayer** und **Wehner.** Neue Versuche zur Frage der Bedeutung der einzelnen Komponenten des Knochengewebes bei der Regeneration und Transplantation von Knochen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 3, p. 732.)

Wiliam Macewens neue Ansichten sprechen dem Periost jede knochenbildende Tätigkeit ab. Die Knochenneubildung bei Transplantation soll ausschliesslich von Knochenzellen, die sich in Osteoplasten verwandeln, erfolgen. Auch bei normalen Knochenwachstum soll der gleiche Knochenprozess vor sich gehen, das Periost sei nur die Grenzmembran für Osteoplasten, welche vom Innern des Knochens auf die Oberfläche gelangen. Vv. stellten ihre Untersuchungen als Probe auf diese Behauptungen an und kommen zu gegenteiligen Ansichten: die Periostzellen haben eine spezifisch knochenbildende Eigenschaft; die fertigen Knochenzellen sind unfähig, neue Knochensubstanz zu bilden. Praktische Folgerung bei Knochentransplantationen: der Knochen soll mit Periost transplantiert werden, möglichst der Länge nach gespalten, um eine innige Vereinigung des Endostes mit dem umgebenden Gewebe zu ermöglichen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Giani** (Rom). Del trapianto della cartilagine coniugata. (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Verf. hat die von vielen anderen Autoren mit ungewissen und widersprechenden Resultaten ausgeführten Experimente wieder aufgenommen, und aus zahlreichen Versuchen glaubt er schliessen zu können, dass beim Kaninchen

1. der überpflanzte Epiphysenknorpel recht bald jede Spur von seiner Fertilität verliert und nicht mehr imstande ist, für das normale Wachstum des Knochens zu sorgen;

2. der transplantierte Epiphysenknorpel befähigt ist einzuheilen und recht lange Zeit hindurch am Leben zu bleiben;

3. die Einheilung und das Erhaltenbleiben des transplantierten Epiphysenknorpels sind am besten bei den Ueberpflanzungen nach Helferich, geringer bei denen der ganzen Epiphyse.

4. Die Involution der transplantierten Epiphysenscheibe erfolgt primär vorwiegend durch Resorption des Knorpelgewebes, späterhin durch neoplastische Verknöcherung desselben. Buccheri, Palermo.



12) **Orestano** (Palermo). Contributo alla cura cruenta delle frakture. (Il Policlinico. A. XXI. Fasc. 9.)

O. berichtet über einige Fälle von alten Frakturen, die in schwer deformer Stellung verheilt waren und vom Verf. durch Knochenvereinigung behandelt wurden. Die klinischen Fälle werden durch Röntgenographien dokumentiert, die vor und nach dem chirurgischen Eingriff aufgenommen wurden. Die Resultate der Operation waren in sämtlichen Fällen vorzüglich, sowohl unter dem orthomorphen wie unter dem funktionellen Gesichtspunkt.

Als dauernde Fixierungsmittel der Fragmente hat Verf. benutzt Drahtschleifen aus Aluminiumbronze und Stahlklammern. Die Toleranz für diese Mittel ist in allen Fällen eine vollkommene gewesen.

Sodann bespricht Verf. die Technik der Knochenvereinigung und besonders die Fixierungsmittel und vergleicht unter Berücksichtigung der Statistiken der verschiedenen Operateure die Vorzüge und Nachteile der in das Knochengewebe eindringenden und der nicht in dasselbe eindringenden Mittel in bezug auf die Dauerresultate. Zur Abstellung der Uebelstände der bisher gebräuchlichen Methoden hat er ein neues Fixierungsmittel der Fragmente durch eine besondere Umreifung ersonnen, deren Modell abgebildet wird und über die er sich eine ausführlichere Mitteilung vorbehält.

Buccheri, Palermo.

13) **Pieri** (Rom). Osteosintesi con protesi esterna. (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Verf. berichtet über einige klinische Fälle von schweren Frakturen, bei denen er einfache Nägel mit doppelter Spitze oder winklige Nägel benutzte, deren Spitzen in die Knochenfragmente eingetrieben werden, während der sie verbindende Schaft ausserhalb der Weichteile zu liegen kommt.

Die vom Verf. erzielten und durch Röntgenbilder kontrollierten Resultate sind befriedigend.

Gegen die gewöhnlichen Verfahren der Knochenvereinigung besitzt dieses Vorgehen den Vorzug, dass dadurch das Liegenlassen eines Fremdkörpers inmitten der Gewebe vermieden wird, da der Verbindungsschaft der Nagelspitzen ausserhalb der Hautebene verbleibt und die fixierende Prothese von der Frakturspalte fern gehalten wird, wodurch jegliche Störung der Reparationsvorgänge des Knochens vermieden wird.

Buccheri, Palermo.

14) **Grooes.** Experimental principles of the operative treatment of fractures and their clinical application. (The Lancet { 14. II. 14, p. 435.) 21. II. 14, p. 514.)



Nach Statistiken ergeben die operativen Behandlungsmethoden der Brüche etwas bessere Resultate als die konservativen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Hackenbruch.** The „ambulant“ treatment of fractures withe plaster-of-paris and fracture clamps. (The Lancet 14. III. 14, p. 744.)

Verf. hat eine Modifikation der Kaefer'schen Klammern für ambulante Behandlung von Frakturen in Gipsverbänden erfunden, die erst eine richtige Adaptation der Fragmente und dann eine definitive Verschraubung gestattet. Dieser Gipsapparat mit den Klammern soll so bald wie möglich nach dem Unfall angelegt werden. Beschreibung der Technik des Anlegens. Die Extension durch die Schrauben wird allmählich verstärkt. Das Gehen ist schon in der zweiten Woche nach dem Unfall erlaubt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Sheen.** Some observations on the operative treatment of fractures by metal plates and screws. (The Brit. med. Journ. 21. II. 14, p. 411.)

Verf. teilt 25 Fälle nach Lane mit günstigem Resultat behandelter Frakturen mit. Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Taddei.** Contributo allo studio del cosidetto neuroma plessiforme. (Arch. internat. de chir. Vol. VI, fasc. 4, p. 405.)

Der Studie liegt eine Beobachtung eines ausgedehnten plexiformen Neuroms der Hinterfläche des Oberschenkels (regionäres Teratom des Ischiadicus minor, der Haut und des Unterhautzellgewebes sowie der regionären Gefässe) zugrunde. Verf. geht des näheren ein auf die Aetiologie und die histologischen Befunde des Falles. Die Geschwulst wurde unter Radioanästhesie mittels Novocaïn operiert. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Serra.** Beitrag zur Lehre der primären Muskelangiome (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4, p. 1018.)

Ein 21jähriges Mädchen zeigte eine Anschwellung am rechten Knie, welche Schmerz und Bewegungshemmung verursachte, sich weich anfühlte und bei Druck entwich. Das Röntgenbild ergab weder Knochen- noch Gelenkveränderungen, sondern den Schatten einer über der Schenkelmetaphyse sitzenden Masse mit beerenförmigen Konturen. Bei der Operation fand man angiomatöse zwischen Fetträumen gelegene Massen, welche das Fleisch des M. vastus externus besetzten und in mehreren Stücken entfernt wurden. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines kavernösen Angioms, und zwar stammte die Geschwulst nicht von bereits vorhandenen Gefässen ab, sondern war durch eine echte Umwandlung des in Rückbildung



befindlichen Muskelgewebes nebst einer Fettentartung hervorgerufen worden. Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Köhler.** Ueber den Zucker- und Kohleverband. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 3/4, p. 391.)

Verf. stellt eine geschichtliche Uebersicht zusammen über den Gebrauch von Kohle- und Zuckerverbänden, wie sie in letzter Zeit bei schlecht granulierenden, eiternden Wunden von verschiedenen Seiten her nach Versuchen empfohlen wurden. Zum Kohleverband wird Holzkohle oder sterilisierte Knochenkohle empfohlen, der Zuckerverband (speziell bei karzinomatösen Geschwüren) in Pulverform oder als Zuckerlösung wegen desodorierender und blutstillender, granulationsanregender Wirkung geschätzt (eine stärkere Milchsäurebildung in den Gewebsäften wird angeregt, die dem Wachstum der Bakterien entgegenwirkt). Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Magnus.** Konservierung von Dauerpräparaten in conzentrierter Zuckerlösung. (B. kl. W. Nr. 14. 1913.)

Nach Fixation während 6—12 Stunden in 10%iger Formalinlösung kommen die Präparate für 6—24 Stunden in 50%igen Alkohol und dann in die konzentrierte (über 50%ige) Rübenzuckerlösung. Man muss eine gute Qualität Zucker nehmen und hat den geblauten Zucker zu vermeiden. Guter Rübenzucker gibt eine klare durchsichtige Lösung, während die geblauten minderwertigen Sorten eine trübe, schmutziggraue Lösung ergeben; das Filtrat der ersteren ist farblos, das der letzteren ziemlich intensiv gelb und hinterlässt auf dem Filter den blauschwarzen Farbstoff. Das Verfahren der Konservierung von Dauerpräparaten in konzentrierter Zuckerlösung ist bequem und billig und erzielt sehr schöne Präparate mit Erhaltung der natürlichen Farben. Klar, München.

21) **Aug. Brüning** (Giessen). Untersuchungen über Rückgratsverkrümmungen bei der Schuljugend in Oberhessen. Mit 2 Kurven. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 514—540.)

Verf. hat im ganzen 12200 Kinder von Volks- und Mittelschulen untersucht. In den Volksschulen wurden 4519 Knaben untersucht, davon zeigten 568 eine Veränderung an der Wirbelsäule („schlechte Haltung" mit eingerechnet), d. i. 12,6%. Bei den Mädchen waren die Zahlen 4466, 437 = 9,8%. In den höheren Schulen 2297 Knaben, 265 pathologisch = 11,5%, Mädchen 938, 96 Verbeugungen = 16,2%. Also mehr Verbeugungen bei den Knaben der Volksschulen und bei den Mädchen der höheren Schulen. Eine Tabelle zeigt die Verhältnisse in den einzelnen Orten.



Die Zahlen sind niedriger als die von andern Beobachtern gefundenen (Haplund fand in Stockholm bei 21 % Knaben und 22,9 % Mädchen Verbiegungen).

Verbiegungen durch äussere Schädlichkeiten (Kongenitale Hüftluxation, Klumpfüsse, Spondylitis, Empyemoperationen u. dergl.) wurden bei 52 Knaben (0,7 %) und 43 Mädchen (0,8 %) aller Kinder gefunden. Die Hälfte aller Kinder mit Rippenresektion zeigte leichte Skoliose. Auffallend häufig war sie auch bei nicht reponierten Hüftluxationen und unbehandelten Klumpfüssen.

Sagittale Abbiegungen fanden sich bei 359 Knaben (5,2 %) und 199 Mädchen (3,6 %), dominierend war der runde Rücken. Der flache Rücken fand sich bei 0,5 % Knaben und 0,3 % Mädchen. Auch diese Zahlen sind niedriger als bei andern Untersuchern. (Gronberg-Wiborg 13,3 % bezw. 8,4 %. — Brunner-München 10—11 %.) Sagittale Abbiegungen fanden sich auf dem Land häufiger als in der Stadt Giessen. In einer Kurve ist eine Nebeneinanderstellung der beiden Geschlechter in den einzelnen Jahrgängen ausgeführt.

Bei den frontalen Verbiegungen fanden sich bei den Knaben 61,4 % linksseitige, 38,6 % rechtsseitige Skoliosen, bei den Mädchen 60,9 bezw. 39,1 %. Einzelne Schulen fielen vollständig aus dem Rahmen dieses Ergebnisses heraus. Bis zum 13. Jahr erfolgt ein Anstieg der Skoliosen, dann ein rapides Sinken, so dass mit 15 Jahren weniger Skoliosen vorhanden sind, als beim Schuleintritt.

B. zieht bei dieser Untersuchung einen Vergleich zwischen der Feuchtigkeitskurve und Skoliosenkurve. Bei relativ hoher Feuchtigkeit fand sich ein Sinken der Skoliosenkurve.

Bez. der Ursachen stellt Br. an erste Stelle die Rachitis, die in Hessen aber verhältnismässig selten ist, so dass nur wenig schwere Skoliosen gefunden wurden. Schnelles Wachstum ist nur bei Hinzukommen anderer Momente ursächlich anzuschuldigen. Zusammenhänge zw. Skoliose und schlechter Ernährung sind schwer nachweisbar. Adenoide Wucherungen und runder Rücken finden sich häufig kombiniert. Von Einfluss ist ohne Zweifel der Alkoholgenuss. Auch die sozialen Verhältnisse kommen in Betracht, allerdings nicht so, dass in den untersten Volksschichten die meisten Skoliosen auftreten. Die ganze Lebensweise (Vernachlässigung des Körpers auf Kosten des Geistes!) kommt in Betracht. (In einem Gymnasium 12 Skoliosen bei 33 Professorenkindern!) Erwerbsverhältnisse der Volksschulkinder, übermässiger Privatunterricht bei den bessern Ständen (Klavierspielen!) — kurz alle Momente, die den Gesamt-



organismus ungünstig beeinflussen, müssen berücksichtigt werden. Die Erblichkeit scheint keine Rolle zu spielen. Vielleicht ist eine gewisse „Rassendisposition“ zu konstatieren, da sich die Verbiegungen relativ häufig bei jüdischen Kindern fanden. Zusammenhänge zwischen Myopie und Skoliose fand B. nicht, 18 mal fand sich ein Zusammentreffen von Strabismus und Skoliose. Bei richtig geleitetem Turnen ist die Zahl der Schiefhaltungen geringer.

Prophylaktisch fordert B. gute Ernährung und Fernhaltung jeder Ermüdung. Ferner fordert er:

Untersuchung der Kinder beim Schuleintritt, Anstellung von Schulärzten mit erweiterten Befugnissen. Er präzisiert dann noch seine Stellung zu verschiedenen Fragen, wie Dispensationen von einzelnen Stunden, Nachmittagsunterricht, Turnstunden, Stellung der Schule zum Sport (Zurückhaltung!) Richtige Ausbildung der Studenten in der orthop. Chirurgie. Errichtung orthopäd. Lehrstühle, Teilnahme der Orthopäden an der Prophylaxe und körperlichen Erziehung der Jugend. Natzler, Mülheim-Ruhr.

22) **Johannes Elsner** (Dresden). Ueber Lehrlingsskoliose. (Zschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXII. S. 277—309. Mit 61 Abbildg.)

Mit dem Namen „Lehrlingsskoliose“ bezeichnet E. die Skoliose junger Leute, bei denen sich die Deformität, schnell fortschreitend, erst nach der Schulzeit, bei hoher Beanspruchung der körperlichen Leistungsfähigkeit entwickelt, oder eine geringe Verkrümmung rapide verschlimmert. Die Lehrlingsskoliose lässt sich häufig gut von den andern Formen abgrenzen. Wichtig ist vor allem eine genaue Anamnese. E. vertritt nachdrücklichst die Lehre Schanz, dass „schwere Skoliosen infolge Schulsitzens nicht entstehen, ja dass eher die Schule direkt vor Skoliose schützen kann.“ Während der Schulzeit verschlimmern sich die fixierten Skoliosen (Kirsch). Die während der Schulzeit entstehenden Skoliosen sind leichten Grades. Die Lehrlingskoliosen sind Endprodukte „statisch minderwertiger Wirbelsäulen, die hohen Anforderungen — schwerer Arbeit, Lastenheben etc. nicht gewachsen sind. Indirekt wirkt vielleicht die Pubertätszeit mit. Auch das zu starke Längenwachstum trägt dazu bei. Wenn die hohe statische Beanspruchung fehlt, bleiben so maligne Formen, wie bei der Lehrlingsskoliose aus. Die Fälle zeigen meist schwere Insuffizienzerscheinungen (Insufficientia vertebrae Schanz), d. h. sie befinden sich im Stadium ständiger, unaufhaltsamer Verschlimmerung, wenn die rechtzeitige Therapie versäumt wird. Sie stösst auf Schwierigkeiten, da es sich bei der L.skoliose meist um Kassenpatienten handelt, denen grössere orthopädische Hilfsmittel meist versagt bleiben. Natzler, Mülheim-Ruhr.



23) **Vecchi** (Parma). Contributo alla casistica delle scoliosi congenite. (Il Policlinico. A. XXI. Fasc. 9.)

Nach dem Verf. ist diese Deformität verhältnismässig häufig. In seinen zwei Fällen beruht die skoliotische Abweichung auf dem Fehlen eines hemivertebralen Segmentes, was er durch Betrachtung der kosto-vertebralen Beziehungen dartut. In einem Fall lag auch die Anwesenheit einer überzähligen rudimentären Rippe vor, die mit dem 1. Lendenwirbel gelenkig verbunden war. Verf. betont die Bedeutung der röntgenographischen Untersuchung als sicheren Hilfsmittels für die Diagnose und somit für die Therapie und Prognose der Deformität. Die beiden Fälle werden durch die betreffenden Röntgenographien erläutert.

24) **Gourdon** et **Dijonneau.** Scoliose et hypothyroidie. (Annales de Chir. et d'Orthopédie. T. XXVII. Nr. 2, p. 47.)

Es gibt Skoliotiker mit Hypothyreoidiesymptomen, bei denen die Skoliose wahrscheinlich durch die ungenügende Schilddrüsenfunktion hervorgerufen wird: Erweichung der Knochen durch schlechten Kalkstoffwechsel und Lokalisation der Infektion speziell auf die Wirbelkörper. Die orthopädische Behandlung ergibt erst mit der Opotherapie zusammen günstige Resultate. Vv. sprechen sich sehr befriedigt aus über Darreichung eines Glyzerinpräparates von frischem Schilddrüsensaft.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Siegfried Peltesohn** (Berlin). Zur Kenntnis der respiratorischen Thorax- und Wirbelsäulendeformitäten. Mit 4 Abbildungen. (Zschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXIII. S. 574—589.)

Anomalien der Atmungswege können zu Wirbelsäulenverbiegungen Anlass geben, entweder direkt oder auf dem Umwege über eine Thoraxdeformität oder auch durch eine Vereinigung beider Momente.

Eine eigenartige Form von Thorax- und Wirbelsäulendeformität fand P. bei einem 22jähr. Asthmatiker, der seit frühester Jugend unter Anfällen zu leiden hatte: Eine beträchtliche Kyphose im Bereich der untern Dorsalwirbelsäule, ein schräg von hinten oben nach vorn unten verlaufendes Sternum, flache Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxpartien, Einziehung des Proc. ensiformis und beiderseits Inspirationsstellung der Rippen. Bei einem 21jähr. ebenfalls seit frühester Jugend asthmatischen Studenten fand er eine starke anterio-posteriore Verbiegung der Wirbelsäule.

P. ist der Meinung, dass die genau beschriebene Deformität bei dem ersten Pat. eine Folge des Asthmas ist. Durch die Er-



schwerung der Atmung wurde die dauernde Exspirationsstellung bewirkt, durch die starke Zwerchfellatmung eine Verengerung der unteren, vorderen Thoraxteile. Das kyphosierende Moment kam durch abnorme Kraft und Richtung der Bauchmuskeln und des Zwerchfells bei gleichzeitiger Erhöhung der respiratorischen Zugspannung hinzu. Wegen der überstarken Inspirationsstellung der Rippen erfolgte die Kyphose nur im unteren Teil der Wirbelsäule, da die oberen Brustwirbel „aufgekippt" wurden.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

26) **Monsaingeon.** Volumineuse scoliose avec déformations thoraciques considérables d'origine paralytique. (Rev. d'orthopéd. 25e année. Nr. 2, p. 177.)

Beschreibung eines Falles starker Skoliose, thorakaler Deformitäten und beinahe vollständiger Vernichtung der Muskeln infolge von Lähmung der oberen Extremitäten im Alter von 2 Monaten bei einem jetzt 16jährigen Jungen. Seit einigen Monaten sind Atemstörungen und allgemeine Hinfälligkeit dazugekommen. Die unteren Extremitäten sind wenig befallen. Die Eltern sind gesund, der Junge, das einzige Kind, hat auch ausser seiner Lähmung, die an sich mit den Jahren gebessert wurde, keine Krankheiten durchgemacht. Die beginnende Skoliose wurde schon gleich nach der Lähmung der Arme bemerkt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Karl Hirsch** (Berlin). Ueber angeborenen Schulterblatthochstand und Thoraxdefekt. Mit 5 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 427—437.)

Es handelt sich um einen 4jährigen Jungen mit einseitigem kongenitalen Schulterblatthochstand, partiellem Defekt der III. linken Rippe, Verbildung des vorderen Abschnitts der IV. Ausserdem waren verschiedene Defekte der Muskulatur vorhanden. Die sternokostale Portion des Pectoralis major, der Pectoralis minor, der Serratus anticus major und wahrscheinlich auch der mittlere und untere Abschnitt des Cucullaris fehlten. Die Mamilla war rudimentär, die Skapula kürzer und verbreitert; an der Wirbelsäule bestand eine leichte rechtskonvexe Dorsalskoliose. Besprechung der einschlägigen Literatur, bes. der Kienböck'schen Arbeit in Bd. 13 der „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen" über die angeborenen Rippenanomalien. Natzler, Mülheim-Ruhr.

28) **Schultze, Ernst O. P.** Die habituellen Schulterluxationen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. H. 1, p. 138.)

Verf. teilt 23 Krankengeschichten eigener Beobachtungen von habitueller Schulterluxation mit, bespricht seine diesbezüglichen Experimente an der Leiche und rät als Operation die Kapselraffung nach



Freilegung des Gelenkes (durch Reluxation des Kopfes) und Entfernen gröberer abgesprengter Knochenstücke und Verstärkung der verdünnten Kapselteile durch Aufsteppen freier Faszienlappen an.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Turnbull.** A rare form of dislocation of the humerus. (The British med. Journ. 21. III. 14, p. 652.)

Einem 40jährigen Landarbeiter wurde der rechte Arm von der Heuschneidemaschine durch den Riemen ergriffen und mit grosser Gewalt direkt nach aufwärts über die Riemenscheibe gerissen. Es war gleich Hilfe zur Stelle, Transport ins Spital. Verschmutzte Zerreissungen am Vorderarm. Die Gelenkhöhle am Oberarm war leer, der Humeruskopf ragte durch eine Hautlücke in die Achselhöhle hinein. Nirgends Frakturen. Unter Anästhesie wurde eine Reinigung aller stark verschmutzten Wunden, eine Reduktion der Dislokation durch die vergrösserte Hautlücke am Oberarm vorgenommen. Nähen der Muskel- und Hautlappen des Vorderarms. Heilung, zwar unter Eiterung. Nach Zerreissung von Adhäsionen ist jetzt allmählich eine bessere Beweglichkeit im Schultergelenk eingetreten. Ein ähnlicher Fall wird in der Literatur von Cipollino (August 1913, Gazz. degli Osped.) angeführt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Richard Hagemann** (Marburg a. L.). Gelenkkapselchondrom des Schultergelenks. (Med. Klinik 1913. H. 31. S. 1243 bis 1245. Mit 3 Abbildg.)

Bei einem 25jähr. Mädchen waren seit 4 Jahren ohne Trauma Schmerzen im linken Schultergelenk aufgetreten, die schliesslich zur vollkommenen Bewegungslosigkeit des Gelenks führten. Bei der Untersuchung fühlte man einen harten Tumor von Walnussgrösse am Verlauf der Bizepssehne und unterhalb des proc. corac. Das Röntgenbild ergab ausser Knochenatrophie wolkige Schatten in den beiden Gegenden. Die Therapie bestand in der Eröffnung des Gelenks, Resektion des Humeruskopfes, Exstirpation der Kapsel und Abmeisselung des Randes und der Oberfläche der Pfanne.

Das durch die Operation gewonnene sehr interessante Präparat ist abgebildet und genau beschrieben.

Verf. ist der Ansicht, dass die Gelenkkapselchondrome aus den Synovialzellen infolge von Knorpelversprengung aus der Entwicklungszeit entstehen.

Bezüglich der Behandlung weist er im Gegensatz zu Lexer, der die frühzeitige extrakapsuläre Resektion des befallenen Gelenks fordert, auf das von ihm im angeführten Falle geübte, schonendere Verfahren hin.

Natzler, Mülheim-Ruhr.



31) **Vegas** et **Jorge.** Fracture de l'apophyse coracoïde. (Rev. d'orthopéd. 25e année. Nr. 1, p. 1.)

Eine der seltenen Frakturen des Coracoïdfortsatzes wurde durch die Verf. bei einem 14jährigen Knaben, der von einem vorbeifahrenden Auto einen Schlag an die linke Schulter erhielt und 3 m weit fortgeschleudert wurde, beobachtet. Ausser einer deutlichen Fraktur des linken Schlüsselbeins konnte eine solche der Basis des Coracoïdfortsatzes klinisch festgestellt (bei Heben des unteren Schulterblattrandes Schmerz vom Pat. vorn an der Schulter in der Tiefe verspürt, ausserdem fühlt die Hand des Untersuchers in der Achselhöhle bei Umgreifen der lädierten Schulter eine Beweglichkeit und Krepitation in der Coracoïdgegend) und radiologisch bestätigt werden. Therapie: Immobilisation des Armes in Adduktion mit Flexion des Vorderarms an den Thorax für 2—3 Wochen, nachher Massage. Eine Röntgenaufnahme 40 Tage nach dem Unfall zeigte zwar noch keine Konsolidation des Coracoïds, aber die Armbewegungen waren weder behindert noch schmerzhaft, und angeblich die gleiche Kraft in dem Arm vorhanden, wie vor dem Bruch.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Peekham.** Fracture of the clavicle. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 17, p. 651.)

Verf. beschreibt einen von ihm für Schlüsselbeinbrüche erfundenen Verband aus gewebten Streifen mit Fischbeinstangen, alles in Flanell verarbeitet, der die Schultern stark nach hinten zieht und auf der Schulterhöhe befestigt wird, nebst einem veralteten Fall von Clavikularfraktur (schon vor 7½ Wochen passiert), der mit diesem Verband unter geringer Callusbildung bald heilte. Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Tschisch.** Vollständige Wiederherstellung des Schlüsselbeins mit Hilfe der freien Knochenplastik. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 1—2, p. 197.)

Verf. entfernte bei einer 18jährigen Schneiderin das ganze rechte Schlüsselbein wegen einer Knochencyste und ersetzte es durch einen Teil der 11. Rippe, welche er in einer Länge von 13 cm samt Rippenknorpel resezierte und in das Muskelgewebe implantierte, unter Neubildung eines sterno-clavicularen und acromio-clavicularen Gelenkes. Nach 2 Monaten konnte Patientin mit völlig normaler Beweglichkeit der r. oberen Extremität ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Harzbecker.** Ueber metastatische Rippenknorpelnekrose. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 3. p. 834.)

Verf. teilt 10 Fälle metastatischer Knorpelnekrose nach Rheumatismus, Furunkulose, Orchitis, Erysipel, Trauma, Typhus abdominalis,

Peritonitis nach Appendizitis (Tuberkulose als Aetiologie wurde ausgenommen) mit. Die Ausbreitung der Bakterien erfolgt durch die Blutbahn, und schlecht von Blutgefässen versorgtes Gewebe (wozu die Rippenknorpel gehören) bietet der Ansiedelung pathogener Keime nur wenig Widerstand. Die operative Behandlung besteht in Entfernung des nekrotischen Knorpels und Fernhalten weiteren infektiösen Materials von den Knorpelstumpfen, indem man diese mit Muskellappen deckt. Dadurch ist dem Fortschreiten der Eiterung eine Grenze gesetzt. Spitzer-Manhold, Zürich.

35) Katzenstein, M. Ueber Plexuspfropfung. (B. kl. W. Nr. 25. 1913.)

Bei einem 9jährigen Kind mit fast totaler Armlähmung rechts nach Poliomyelitis führte K. eine Nervenpfropfung in folgender Weise aus: Präparation des n. suprascapularis der gesunden Seite von seinem Ursprung bis zur incisura scapulae, Präparation des kranken Plexus brachialis, Anlegung einer kleinen Längsinzision in diesen; Durchschneidung des n. suprascapularis und seine Durchführung auf dem kürzesten Wege hinter der Karotis und Jugularis der gesunden Seite zwischen Oesophagus und Wirbelsäule hindurch, hinter der Karotis und Jugularis der kranken Seite hindurch zum Plexus der kranken Seite; Einnähen des Nerven in den vorher angelegten Spalt. Nach 3 Monaten sind folgende Bewegungen möglich: Geringe Abduktion des Oberarms, Vorwärtsbewegen des ganzen Arms und Rückwärtsbewegen des ganzen Arms, aktive Beugung des Arms bis zum spitzen Winkel, langsames Strecken des Arms, Supination des früher nur in Pronation gehaltenen Vorderarms, Beugung und Streckung der Hand, Ab- und Adduktion des Daumens, Beugung der 4 Finger. Das Kind kann jetzt auch mit der rechten Hand schreiben. Bei einem Fall von totaler Beinlähmung machte K. die folgende Operation: Präparation des gesunden n. obturatorius von seinem Austritt am foramen bis zu seiner Verzweigung in die Adduktoren (vorderer und hinterer Ast.; Laparatomie in Beckenhochlagerung, Zurückbringen der Därme, Eröffnung des hinteren Peritoneums durch einen Schnitt lateral und parallel zur a. iliaca externa der kranken Seite, Freilegung des gelähmten Plexus lumbo-sacralis in und hinter dem m. psoas; Präparation des n. obturatorius der gesunden Seite vom Ursprung aus dem Plexus bis zum foramen obturatorium, Durchtrennung der Muskeläste des n. obturatorius, Durchziehen des Nerven durch das foramen, Hindurchführen des n obturatorius hinter iliaca externa und interna und hinter beiden Ureteren; Vernähen der einzelnen Aeste des n. obturatorius mit dem Peroneus-, Femoralis- und Obturatoriusanteil des Plexus lumbo-sakralis Naht des hinteren Peritoneums, Schluss der Bauchhöhle. Da diese



Operation erst kurz vor der Publikation ausgeführt wurde, kann noch nichts über ihren Erfolg berichtet werden. Klar, München.

36) **Michael Lapinsky** (Kiew). Zur Frage der als Begleiterscheinung bei Leiden der Viszeralorgane auftretenden Knie- und Hüftgelenkerkrankungen. (Archiv f. klin. Medizin. Bd. 114. H. 1 u. 2, p. 433.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf besondere Erkrankungen des Knie- und Hüftgelenkes, die er in ursächlichen Zusammenhang mit dem einen oder anderen viszeralen Krankheitsprozess bringt, Beobachtungen, die auch sonst schon in der Literatur festgelegt sind. Fünf Fälle im frischen Stadium reiht er seinen seit schon längerer Zeit beobachteten an; insgesamt sind es bis jetzt 95 (28 Männer und 67 Frauen). Bei diesen frischen Fällen waren keine pathologischen Veränderungen der Gelenke zu konstatieren gewesen. Die genaue Untersuchung ergab jedoch, dass diese subjektiv schmerzhaften und druckempfindlichen Gebiete mit den Segmentgrenzen der Hautsensibilität nach Thornburn, Allen-Starr, Kocher u. a übereinstimmten, wobei das schmerzhafte Gelenk selbst im Zentrum dieses Bereiches gelegen war. Dabei entsprachen z. B. in den Fällen, wo Schmerzhaftigkeit gegen Druck im Kniegelenk vorhanden war, die Grenzen der druckempfindlichen Gewebe dem Bereich des IV. Lumbalsegmentes, während da, wo das Hüftgelenk schmerzhaft war, die Druckempfindlichkeit der Gewebe mit den Grenzen des I.—II. Lumbal (vorn), oder des III. Sakralsegmentes (hinten) zusammenfiel.

Diesen Fällen unveränderter Gelenke werden nun auch pathologisch veränderte Knie-, bezw. Hüftgelenke (Schwellung der sie umgebenden Weichteile, Transsudation in die Gelenkhöhle, Krepitation, Veränderungen der Gelenkkapsel oder des Gelenkknorpels etc.) gegenübergestellt, die nur als sekundäre Stadien aufzufassen sind.

Bei all den Fällen sowohl im primären als auch im sekundären Stadium ergab die objektive Untersuchung ein gleichzeitig bestehendes Leiden der Viszeralorgane.

Es ist anzunehmen, dass viele Viszeraletagen der Bauchhöhle und des kleinen Beckens, die mit einer bestimmten Abteilung des Rückenmarks in Verbindung stehen, ihren eigenen Reizungszustand auf das Rückenmark projizieren und durch die Vermittlung eines gewissen Segmentes des letzteren den Blutumlauf und einen gewissen spezifischen Ernährungszustand in dem für dieses Rückenmarksegment abhängigen Körpergebiet inklusive seinen Nerventeilen stören.



Ein Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme ist der Einfluss therapeutischer Massnahmen, die in solchen Fällen mit gutem Erfolge weniger lokal am Hüft-, bezw. Kniegelenk angewendet werden, als vielmehr an den erkrankten Bauch-, bezw. Beckenorganen ihren Angriffspunkt haben.

Was die Nomenklatur dieser Erkrankungsformen anlangt, möchte Verfasser im Gegensatz zu der Bezeichnung „Neurose“ anderer Autoren, sie als „sekundäre Begleiterscheinung“ bezeichnet wissen, eine Bezeichnung, die nach dem therapeutischen Effekt ihre Berechtigung vollauf hat.

Zum Schlusse werden Hypothesen erörtert, welcher Mechanismus für die Entstehung dieser Gelenkschmerzen in Frage kommt.

Dr. Albert Schmidt.

37) **Ewart.** The intensive metallic iodine treatment for chronic arthritic affections. (The Brit. med. Journ. 16. V. 14, p. 1068.)

Verf. probierte bei spastischer Coxalgie arthritischen Ursprungs mit vasomotorischen Störungen, Blutdepression und Muskelschwäche eine Behandlung mit 100 Tropfen Jodtinktur, daneben eine grosse Morgengabe Aspirin, das durch das Jod aktiviert zu werden scheint. Weitere Mitteilungen stehen in Aussicht. Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Delearde** et **Cantrainne.** Un cas de paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique. (Arch. de Méd. des enfants. 1914, 4.)

Verfasser haben bei einem 8jährigen bisher im wesentlichen gesunden Kinde von normalem Geisteszustande das Auftreten einer mit Spasmen einhergehenden Lähmung der unteren Extremitäten, die ohne Schmerzen, ohne Sensibilitätsstörung, ohne trophische Störungen und ohne Atrophie sich einstellte, jedoch von zunehmendem Intelligenzverluste begleitet war, beobachtet. Die Wassermann'sche Reaktion war positiv. Besserung nach Injektion von Neosalvarsan. — Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

39) **Soutter.** A new operation for hip contractures in poliomyelitis. (The Boston med. and. surg. Journ. Vol. CLXX, No. 11, p. 380.)

Verf. gibt für Korrektur kontrahierter Oberschenkelmuskeln bei Poliomyelitis folgende Operation an. Longitudinaler, 3 Zoll langer Schnitt, parallel zur Körperachse, Mitte 2 Zoll hinter spina sup. ant. Bis auf die Faszie; diese rechtwinklig zum Hautschnitt transversal durchtrennt von spina ant. sup. bis grossen Trochanter. Hautschnitt auseinandergezogen, so dass die spina ant. sup. freiliegt. Mit einem Osteotom werden die dort befestigten Muskeln und



Faszien an der Innenseite der spina ant. sup. stumpf abgelöst, ebenso an der Aussenseite und unten und die ganze Masse nach unten verschoben. Die Hüfte wird nach hinten hyperextendiert. um die vorhandene Lumballordosis auszugleichen und in dieser Stellung in Gips fixiert. Verband von den Mamillen bis zu den Zehen mit Fenster für Abdomen. Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Selig.** Die intrapelvine extraperitoneale Resektion des Nervus obturatorius und anatomische Studien über die Topographie dieses Nerven. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4, p. 994.)

Zur Beseitigung der Adduktorenspasmen empfiehlt Verf. an Stelle der Förster'schen Operation, die einen viel schwereren Eingriff darstellt, und an Stelle der subkutanen Tenotomie, die Muskel, Nerven und Gefässe zerstört und zur ischämischen Kontraktur führt, die intrapelvine extraperitoneale Resektion des Nervus obturatorius, welche bei einer kleinen, von der Extremität entfernten Wunde, unter Schonung der Gefässe eine leichte Auffindung des Nerven und seines accessorischen Zweiges gestattet, die komplette Ausschaltung einer Muskelpartie ermöglicht und durch rasche Wundheilung den Patienten nur wenige Tage ans Bett fesselt. Spitzer-Manhold, Zürich.

41) **S. Kostlióy.** Die Delbet'sche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis) deren Technik und Resultate. (Casopis lékarno ceských. 1914. Nr. 20.)

K. operiert nach Hesse mit einigen Modifikationen. So z. B. verwendet er kein Kompressorium, das die Gefässwand lädiert und hinderlich ist, sondern er führt unter der isolierten Vena femoralis breite Bänder durch, deren Enden der Assistent, ohne sie zu knüpfen, emporhebt; hierdurch wird die Vena hinreichend komprimiert, sodass die Blutzirkulation unterbrochen ist. Nach vollendeter Implantation der Vena saphena in die V. femoralis überzeugt er sich durch einfaches Senken der Zügel, ob die Gefässnaht suffizient ist und kann, falls dies nicht der Fall ist, durch Emporhebung der Zügel die Blutung sofort wieder stillen. Nach exakter Hautnaht wird ein Pflasterverband angelegt und die Extremität zwischen zwei Sandsäcken in leichte Elevationsstellung gebracht, in der mässige Muskelbewegungen gestattet werden; vom 5. Tage an darf der Kranke im Kniegelenk bewegen und nach Entfernung der Nähte aufstehen. — Behandelt wurden 12 Fälle mit ausgedehnten Varikositäten; 3 Fälle hatten ausserdem Ulcera cruris. In 11 Fällen wurde nur die Anastomose ausgeführt, im 12. Falle wurde ausserdem ein isoliertes Paket eines chronisch entzündeten, thrombosierten Varix bei fehlendem Trendelen-

burg'schen Phänomen exstirpiert; doch hält K. diesen Eingriff für überflüssig, da er die Erfahrung gemacht hat, dass nach der Operation eine ausgedehnte Restitution eintritt. 10 Fälle wurden nach $^1/_2$—2 Jahren revidiert; in 8 Fällen waren die Dilatationen vollständig verschwunden, in 2 Fällen waren kleine Reste zurückgeblieben, doch waren die Kranken frei von allen Beschwerden. Die Ulcera heilten nach der Operation rasch. G. Mühlstein, Prag.

42) **Gollanizki.** Zur Frage der vorangehenden Unterbindung der Gefässe bei der Exarticulation im Hüftgelenk. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 2, p. 581.)

Verf. empfiehlt die Unterbindung der Arteria femoralis vor der Exarticulation des Oberschenkels. Dagegen soll die Vena femoralis nicht unterbunden werden, da diese durch Saugwirkung eine Entblutung der zu entfernenden Extremität bewirkt. Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Fr. Schede** (München). Zur pathologischen Anatomie der kongenitalen Hüftverrenkung. (Zeitschrift f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXII. S. 427—439. Mit 6 Abbildg.)

Sch. hat zwei im Besitz der Münchener königl. orthopädischen Poliklinik (Prof. Lange) befindlichen Präparate von angeborener Hüftverrenkung untersucht und gibt deren genaue, durch 6 Abbildungen illustrierte Beschreibung. Es handelt sich erstens um das Präparat von einem dreimonatlichen Kinde mit doppelseitiger angeborener Hüftverrenkung, angeborener Streckkontraktur beider Knien und angeborenen doppelseitigen Klumpfüssen. Zweitens um das Präparat von einem 22jährigen Manne mit doppelseitiger Hüftverrenkung, die Ende der 90er Jahre reponiert wurde, wobei beiderseits eine Transposition nach vorne erreicht worden war. Seine Beobachtungen fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

Die Pfanne ist dreieckig mit der Spitze nach oben und hat flache, runde Ränder.

Der Limbus ist ebenfalls flach und verläuft nach oben in Spitzbogenform. Die Zuspitzung der Rundung von Pfanne und Limbus hält er für eine Folge des Kapselzuges nach oben. Dadurch hat auch eine Verlagerung der Ansatzpunkte Lig. teres und transvers. nach oben stattgefunden.

Die Abflachung der Pfannenränder und des Limbus erklärt er aus dem fehlenden Reiz des Schenkelkopfes. Das lig. ileofemorale ist verkürzt, die ligg. ischio- und pubocapsulare sind gedehnt.

Zwischen alter und neuer Pfanne bestand ein Isthmus, der von vorn her vom Ileopsoas, von den Seiten von den Kapselzügen gebildet wird, und der sich mit der Zeit und der zunehmenden Verschiebung mehr und mehr verengert.



Der Schenkelkopf war beim Säugling retrovertiert, das obere Femurende nicht antetorquiert, beim Erwachsenen der Kopf antevertiert, das obere Femurende antetorquiert.

Die beiden Köpfe zeigten die von Lorenz für typisch erklärte medio-posteriore Abplattung.

Bei Präp. I fand sich zwischen Acetabulum und For. obt. eine Mulde, die vielleicht den Kopf primär aufgenommen hat.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

Aus Kongress- und Vereins-Nachrichten.

VIII. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Florenz 14. Dezember 1913.

Galeazzi-Mailand. Sulla cura della lussazione congenita dell'anca (Referat). Redner betont zunächst die absolute Notwendigkeit, dass der Chirurg vor der Reposition eine genaue Kenntnis von dem anatomischen Zustand der Gelenkteile und namentlich von dem Grad der Antetorsion des Oberschenkels habe, und während der Behandlung öfters die Röntgenkontrolle vornehme, und zählt dann die Gründe auf, weshalb die Methode von Paci-Lorenz das Verfahren der Wahl für die Reposition sein muss. Die allgemeinen Gesichtspunkte, denen die Technik dieser Operation zu gehorchen hat, werden besprochen. In bezug auf die dem reponierten Glied zu gebende Lage ist er entschieden für die erste Lorenz'sche Stellung.

Redner streift dann kurz die Technik der Fixierungsapparate, die Dauer der Immobilisierung und gibt die Hauptregeln an, die den Chirurgen zur Sicherung der Kontention des reponierten Kopfes leiten müssen, wobei er besonders bei der Nachbehandlung verweilt. In dieser Hinsicht geht R. ausführlicher auf den Mechanismus der spontanen Detorsion und die Technik der Spätdetorsion ein.

Der Kürze halber übergeht **Galeazzi** die schwierigen Repositionen, die Ursachen der Irreponibilität und die unmittelbaren und späteren Komplikationen der unblutigen Reposition. Nur auf eines der ernstesten Vorkommnisse der Nachbehandlung weist er hin, die hartnäckige Aussenrotation, und auf die Mittel, über die die italienische Orthopädie zu ihrer Verhütung und Bekämpfung verfügt.

Zum Schluss gibt Redner noch einmal seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass dank der unausbleiblichen künftigen Vervollkommnungen die unblutige Behandlung nach dem Verfahren von Paci-Lorenz in einer nicht fernen Zukunft imstande sein wird, sämtliche Fälle von angeborener Luxation, die innerhalb der Altersgrenzen zum Orthopäden kommen, zur Heilung zu bringen.

Galeazzi-Mailand. Risultati lontani della cura incruenta della lussazione congenita dell'anca.

Redner hebt vor allem hervor, dass bisher eine Statistik fehlt, die ein endgültiges Urteil über die Resultate der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenkluxation erlaubte. Um diese Lücke auszufüllen, hat er sämtliche Operierte, so weit es ihm möglich war, einer klinischen und röntgenographischen Nachuntersuchung unterzogen.

Seine persönliche Erfahrung stützt sich auf eine Gesamtzahl von 1494 Operationen, die sich so verteilen: unblutige Repositionen 1405, blutige Repositionen 30, Palliativoperationen 59. Von den 30 blutigen Repositionen gehören 20 der fernen Zeit an, in der die blutige Operation das einzige Behandlungsverfahren war; Redner betont die verschwindend kleine Anzahl seiner blutigen



Operationen, welche die Strenge seiner Indikationsstellung für diesen Eingriff dartut. Von den mit unblutiger Reposition operierten Patienten hat Redner nur 563 (40 %) nachuntersuchen können.

Nach Betonung der von ihm befolgten rigorösen klinischen und röntgenographischen Kriterien zur Beurteilung des Ausganges seiner Operationen teilt er seine Statistik in zwei Perioden ein, von der die erste den Zeitraum von 1903 bis 1907 umfasst und die zweite von 1908 bis 1912 geht. Diese Einteilung wird begründet durch die verschiedene Indikationsstellung, durch eine verschiedene Technik und demzufolge durch einen verschiedenen Prozentsatz der Heilungen, der in der zweiten Periode ein bedeutend höherer ist.

In der zweiten Periode hat er erhalten:

Bei den einseitigen Luxationen:

Anatomische und funktionelle Heilungen 87 = 28 %; Transpositionen, exzentrische Reduktionen, funktionelle Besserungen = 98,2 %; Reluxationen, schlechte funktionelle Resultate 2,90 %.

Bei den beiderseitigen Luxationen:

Anatomische und funktionelle Heilungen 62 = 82 %; Transpositionen etc. 32,05 %; Reluxationen etc. 5,13 %.

Da die Statistik unter Einteilung der Operierten nach Altersstufen zusammengestellt ist, lässt sich der Einfluss dieses Koeffizienten auf das Endresultat nachweisen:

Während in der Tat der Prozentsatz der idealen Heilungen bei den vor dem 2. Lebensjahr Operierten 93 % bei den einseitigen Luxationen und 90 % bei den beiderseitigen erreicht, geht bei den im Alter von 7 Jahren Operierten dieser Prozentsatz für die einseitigen auf 77,77 % und für die beiderseitigen auf 50 % herab.

Von grossem Interesse sind die röntgenographischen Untersuchungen (in einem Abstand von 2 bis 10 Jahren) in Bezug auf den Einfluss, den die unblutige Reposition auf den Zustand des Hüftgelenkes ausübt. Durch Serien-Röntgenographien hat Redner Schritt für Schritt die Hauptumwandlung der Gelenkteile, sowie die Entwicklung der Spätreluxationen, der deformierenden Osteoarthritiden der fehlerhaften Neigungen usw. usw. verfolgen können.

Sangiorgi-Bologna. Sulla lussazione congenita dell'anca Ricerche statistische sul materiale clinico dell' Istituto Ortopedico Rizzoli.

Die Fälle von angeborener Hüftgelenksluxation, die im Istituto Rizzoli von 1897/98 bis zum 30. November 1913 zur Behandlung kamen, belaufen sich auf 787. Unter Berücksichtigung der doppelseitigen Luxationen beträgt die Gesamtzahl der angeborenen Luxationen 1071. Von den 787 Luxationsfällen sind 284 doppelseitig, 310 Luxationen des rechten Hüftgelenkes, 193 des linken. Die einseitigen Luxationen sind somit ungefähr doppelt so frequent als die beiderseitigen. Die Luxationen des rechten Hüftgelenkes verhalten sich zu denen des linken wie 1,5 : 1; das Verhältnis ist also fast dasselbe wie in den Statistiken von Lorenz.

Von den 787 Luxationsfällen betreffen 660 das weibliche, 127 das männliche Geschlecht. 498 waren Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren, 258 von 7 bis 15 Jahren und 31 über 15 Jahre.

755 Individuen wurden einer operativen Behandlung unterzogen. Die Zahl der blutigen Operationen beträgt 63.



Die unblutigen Repositionen wurden sämtlich nach dem klassischen Verfahren von Paci-Lorenz ausgeführt.

Bei den 63 blutigen Operationen wurden ausgeführt:

31 Repositionen der Luxation, 6 Verlagerungen nach dem Verfahren von Codivilla, 19 Resektionen des Schenkelkopfes.

32 Fälle wurden einfachen Kuren der Kinesiotherapie unterzogen. Es handelte sich um Individuen in vorgerücktem Alter, die zu diesen Palliativbehandlungen zur Linderung ihrer Leiden, oder zur Besserung des Ganges mittels der Applikation eines orthopädischen Apparates ihre Zuflucht nahmen.

Delitala. Sulla lussazione congenita dell'anca. Ricerche statistische sul materiale clinico dell' Istituto Rizzoli. Paralisi, fratture, distacchi epifisari verificatisi durante o dopo la cura.

Die Untersuchungen beziehen sich auf 1071 Repositionen.

Lähmungen: Gesamtzahl 18 d. h. 3 totale, 8 des N. cruralis, 2 des ganzen N. ischiadicus, 5 partielle des Ischiadicus (Peroneus). Der Prozentsatz der Lähmungen ist somit 1,6 %. Der von Bode festgestellte Prozentsatz beträgt 2,1 % und bezieht sich auf eine Gesamtzahl von 144 Lähmungen.

Das Alter, in dem sie am häufigsten auftraten, liegt zwischen 5 und 10 Jahren, nur 3 Fälle wurden in jüngerem Alter und 6 in höherem Alter als das angegebene beobachtet.

Die Art und Weise, wie die paralytischen Phänomene in Erscheinung getreten sind, kann auf die noch umstrittene Frage ihres Entstehungsmechanismus einiges Licht werfen. Bei zwei von den 8 Fällen von Lähmung des N. cruralis trat die Unmöglichkeit der Streckung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel zwei Tage nach der Reposition auf. Das hängt nach Ansicht des Vortr. mit der progressiven Erschlaffung der Fasern des Quadriceps und der in Abduktion gebrachten Adduktoren ab; nachdem sie der Dehnung des Nervenstranges ein Hindernis entgegengesetzt, geben sie im Laufe der Zeit nach und erlauben so das Eintreten der Dehnung und der Lähmung.

Die Lähmung des Peroneus ist stets in zweiter Zeit bei Verbringung des drei Monate lang in Flexion gehaltenen Knies in eine mehr oder weniger ausgeprägte Streckstellung. Es handelt sich somit um Dehnungslähmung, und es ist nicht notwendig zur Hypothese von Gocht zu greifen.

In einigen Fällen führte die Abnahme des Gipsverbandes, in anderen die elektrischen Kuren, die Massage in einer Zeit von 24 Stunden bis 4 Monaten zur Heilung. Die grösste Persistenz wurde bei den totalen Lähmungen verzeichnet, die geringste bei denen des Peroneus. In keinem Fall war es notwendig zur Reluxation zu greifen.

Seit 4 Jahren, d. h. seit 1909, trat keinerlei Fall von Lähmung ein, obwohl in den allgemeinen Linien die frühere Technik befolgt wurde, das ist mit dem Alter in Zusammenhang zu bringen, in dem gewöhnlich die Luxationen reponiert werden und das bedeutend herabgesetzt wurde.

Die Zahl der Frakturen betrug im ganzen 8, d. h. 0,7 % der Fälle. In 7 Fällen Frakturen des chirurgischen Halses, in 1 des Schaftes im oberen Drittel. Selbstverständlich stellten alle diese Fälle Misserfolge dar, da die Reposition nach erfolgter Konsolidierung nicht wieder versucht wurde. Diese Zwischenfälle erklären sich aus der Kraftaufwendung, die zur Reposition einer Luxation bei Individuen in zu vorgerückten Jahren notwendig war. Es wird genügen, das



Alter der Pat., bei denen die Fraktur eintrat, anzuführen, um ausführlichere Betrachtungen überflüssig zu machen:

7 Jahre (beiderseitig), 9 Jahre (beiderseitig), 10 Jahre, 10½ Jahre (zwei), 13 Jahre, 14 Jahre, 14½ Jahre, 18 Jahre.

Die Gefahr der Fraktur in so vorgeschrittenem Alter ist somit stets gegenwärtig zu halten.

Epiphysenlösungen des unteren Femurendes, oder paraepiphysäre Infraktionen kamen bei 22 Fällen auf 1071 Repositionen vor, also bei 2%. Es handelte sich stets um Fallen oder kleine Traumen in der auf die Abnahme des Gipsverbandes folgenden Zeit, wenn Pat. die ersten Gehversuche ausführt. Diese Zwischenfälle hinterliessen keine Folgen und kamen durch Ruhe und Zug im Bett in 15—20 Tagen zur Heilung. In zwei Fällen bildete sich ein leichtes Genu recurvatum aus, das durch Gipsverbände korrigiert werden konnte.

Serra. Statistica radiografica sulle lussazioni congenite dell'anca dello Istituto Ortopedico Rizzoli dal 1900 al 1913.

Vortr. hat 772 Röntgenplatten unter einem rein morphologischen Gesichtspunkt untersucht zwecks Feststellung des Prozentsatzes von Coxa vara und Coxa valga vor und nach der Reposition der Luxation im Verhältnis zur Zahl derjenigen, die wegen der geringen Abweichung des Schenkelhalses als typisch betrachtet werden.

Von 772 Platten, einseitige und beiderseitige zusammen, waren **631** typische, d. h. 81%. 41 mit dem Hals in Varusstellung, d. h. 5%, 54 mit dem Hals in Valgusstellung, d. h. 7%. Es bleiben 46 Subluxationen oder 6%.

Typische Luxationen. Es lässt sich behaupten, dass in dieser Kategorie die Luxation mit antevertiertem Hals mit kleinem ihn überragenden und gegen die Spina iliaca sich hinrichtenden Kopfkern die grosse Mehrheit und fast die Totalität bei ganz jungen Individuen ausmacht; später erscheinen die besser ausgebildeten Luxationen mit fast indifferenter Rotation, normalem Hals und weitem Kopf, dann die hinteren mit mächtigem Hals, der das Becken anzuhaken scheint.

In bezug auf die Gelenkpfanne haben wir zwei Hauptformen: die ganz weite, gefräste, mit höchst evidenter Gleitungsgrube, längs deren die Zeichen der sukzessiven Wanderungen des Femur gesehen werden, und die kleine, flache, in der sich der Kopf nie befunden zu haben scheint, so dass er weit ab gegen eine neue Pfanne gefunden wird und keine Spur von intermediären Lagerungspunkten vorhanden ist.

Bei Kindern zeigen die beiden radiographisch sichtbaren Bestandteile des Gelenkes ganz geringe Deformitäten; bei den Erwachsenen ist es vor allem am Femurkopf, wo sich charakteristische Alterationen etablieren.

Coxa vara. **Spitze,** der auf dem 8. Kongress der deutschen orthopädischen Gesellschaft das Referat über diesen Gegenstand erstattete, stellte das gleichzeitige Bestehen einer angeborenen Coxa vara mit Luxation in Abrede und nahm eine kleine Anzahl von Coxae varae sekundären Ursprungs an, ohne Zahlen zu bringen. **Lange** nahm in derselben Sitzung 2,2% für sein Material an. Was die angeborene Varusstellung anbelangt, so hat Redner sie nicht allein beobachtet, sondern er möchte behaupten, dass sie bei der Luxation nicht angetroffen werden kann, da es Deformitäten sind, die sich ihrer Natur nach ausschliessen. Die Gelenkpfanne ist bei der Luxation primärer und tiefgehender verändert als der Schenkelhals und der Kopf; bei der Coxa vara ist die Hüft-



pfanne intakt und die Kopfepiphyse dystrophisch (Delitala). Was die sekundäre Varusstellung der Luxation anbelangt, die bei 5% der Fälle gefunden wurde, so zeigt die Tatsache, dass sie fast nur in vorgerückterem Alter als die typische Luxatio iliaca auftritt, dass sie auf die Belastung unter abnormen Verhältnissen zurückgeht.

Coxa valga. Die angetroffenen 7% sind fast ganz zu Lasten von Gelenken Erwachsener. Die Vulgusstellung ist fast stets mit einer auffallenden Schmächtigkeit des Halses vergesellschaftlicht.

Coxa vara nach der Reduktion. 59 Fälle auf 638 untersuchte Fälle = 9%. Die Steigerung der Schenkelneigung hat drei Ursachen: Frakturen des Halses und Epiphysenlösung und die Belastung, die auf einen durch Immobilisation und wiederholte kleine mechanische Läsionen atrophischen Knochen wirkt.

Vacchelli-Bologna. Statistica anamnestica sui casi di lussazion congenita dell'anca operati nello Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

Aus den anamnestischen Untersuchungen an den im Istituto Ortopedico Rizzoli zur Behandlung gekommenen 731 Fällen angeborener Hüftgelenksluxation (einseitige und doppelseitige) beiderlei Geschlechtes geht hervor, dass 90 = 12,31% luxierte Verwandte: Geschwister, Eltern, Grosseltern oder Onkel und Tanten hatten.

Durch Schwergeburt, in Steisslage, oder auf sonst anormale Weise kamen zur Welt 72 Luxierte, d. h. 9,84%. Zwillinge waren 6, d. h. 0,82%, Siebenmonatskinder 5, d. h. 0,68%.

Für die Genauigkeit der Statistik ist daran zu erinnern, dass anamnestische Nachrichten über die zahlreichen Kinder unbekannter Herkunft fehlen, die in der Zahl der Behandelten einbegriffen sind, und dass die Feststellung des Körperzustandes der Angehörigen nicht immer eine leichte ist, da die Gebrechen aus Unwissenheit oder Scham verschwiegen werden.

Was die Vererbung anbelangt, so stimmen die Beobachtungen Vogels zum Teil mit denen des Redners überein, nicht aber in Bezug auf Zeit und Art der Geburt.

Beim Vergleich der 12,31% der Statistik, in die Vererbung hineinspielt, mit dem absoluten Prozentsatz der Luxierten, den Hoffa aufstellt, ist es offensichtig, dass beim Studium der Aetiologie der angeborenen Luxation die Tatsache der Vererbung nicht ausser Acht gelassen werden darf. Die Vermutung, dass eine Prädisposition zur angeborenen Luxation bestehe, bestätigt sich, weshalb neuerdings Apart, sich der Theorie von Le Demany anschliessend, die angeborene Luxation unter die familiären und erblichen Missbildungen einreihte.

Putti, Sulla lussazione congenita dell' anca. (Ricorche statistiche sul materiale clinice dell' Istituto Rizolli.)

Red. hat den Abschnitt über die Resultate der Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation übernommen Berücksichtigt wurden dabei nur die Methoden, die er im Verein mit den Kollegen des Instituts selbst direkt hat prüfen, oder radiographieren können, oder über die er direkte und sichere Nachrichten erhielt. Die Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen und Redn. beabsichtigt, sie während dieses Jahres zu vervollständigen und darüber ausführlicher auf dem nächsten Kongress zu berichten. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf 389 der 654 seit 1899 bis 1912 behandelten Fälle. Die Resultate sind in folgender Tabelle zusammengestellt.



389 Fälle

	Einseitig 252			Beiderseitig 137			
	Anatomische u. funktionelle Heilungen	Unvollständige Resultate	Negative Resultate	Anatomische u. funktionelle Heilungen	Unvollständige Resultate	Negative Resultate	
	189 74,9%	48 19%	15 2,3%	49 35,7%	64 46%	24 17,5%	
1899 Mittleres Alter 7 J.	55,5%	33,3%	11,1%	18,1%	45,4%	36,6%	1899 Mittleres Alter 7 J.
1912 Mittleres Alter 5 J.	86,9%	10,5%	2,7%	47%	29%	24%	1912 Mittleres Alter 5 J.

Palagi-Florenz. Sulla cura incruenta della lussazione congenita dell'anca.

Von den 26 in Behandlung gehabten Fällen berichtet Redner über diejenigen, wo genügend Zeit verflossen ist, um von einem endgültigen Resultat reden zu können. Es sind 11 Fälle, davon einer doppelseitig, bei den die Behandlung in günstigem Alter unternommen wurde — von 22 Monaten bis zu 6 Jahren. Bis auf einen Fall, von dem neuestens nur briefliche Nachrichten erhalten werden konnten, wo von vollständiger funktioneller Wiederherstellung die Rede ist, wurden die anderen dieser Tage nachuntersucht in einem Abstand von 5 Monaten bis 3 Jahren nach dem Ende der Behandlung. Bei all diesen Kindern hat die klinische Untersuchung die vollkommene Heilung konstatieren können, namentlich was die Funktion anbelangt: Gelenkbeweglichkeit und Gang normal, absolutes Verschwinden des Trendelenburg'schen Zeichens. Die gegenwärtigen Resultate der radiographischen Untersuchung bezeugen die anatomische Heilung. In sämtlichen Radiogrammen ist konzentrische Reposition des Femurkopfes in die alte Gelenkpfanne zu sehen, die durch den mässigen Grad der in 4 Fällen zu beobachtenden Antetorsion des oberen Femurendes nicht beeinträchtigt wird; in der grossen Mehrheit sind die Zeichen einer knöchernen Neubildung des Pfannendaches evident, die die von der Lange'schen Schule beschriebenen Charaktere hat und stets mehrere Monate nach dem Ende der Behandlung einsetzt. Inbezug auf die Behandlungsmethode beschränkt er sich auf einige Erhebungen von besonderem Interesse. Der heikelste Teil der Behandlung ist der Uebergang aus der ersten klassischen Stellung von Lorenz zur definitiven Immobilisationslage; er bewerkstelligt ihn unter Innehaltung bestimmter Regeln und stets in zwei oder drei Etappen. Da er kein übermässiges Vertrauen in die wohltätige Wirkung der Belastung auf das Hüftgelenk hat, dagegen aber eventuelle Beschädigungen davon fürchtet, hat er sie in welcher Form auch immer für die ganze Dauer der Immobilisation aufgegeben. Am Ende derselben verlängert er so viel wie möglich die Bettruhe und erlaubt das Gehen nur dann, wenn sich die Beweglichkeit unter entsprechender Behandlung wieder in bedeutendem Grad hergestellt hat. Während dieser Periode billigt er nicht die systematische Applikation der Gewichtsextension, sondern reserviert sie für



die Bekämpfung einer übermässigen Retraktion der Kapsel, oder periartikulärer Muskeln. Was die Behandlung der Antetorsion des Femur anbelangt, so erkennt er die Wirksamkeit der von Galeazzi eingeschlagenen Methode an. Bei stark ausgeprägten Graden dieser Deformation glaubt er jedoch der Osteotomia supracondyloidea vor der forzierten Detorsion den Vorzug geben zu müssen; diese wird stets als letzter Akt der Behandlung vorgenommen.

Diskussion über das Referat.

Anzoletti-Bergamo glaubt, dass weit grössere und promptere Vorteile als durch die Belastung mit den Bewegungen unter partieller Entlastung durch kontinuierlichen Zug erhalten werden.

Da er es als von höchster Wichtigkeit betrachtet, dass die funktionellen Reize in normaler Weise sämtliche Abschnitte der Gelenkpfanne und des Femurkopfes treffen, sorgt Redn. für ein unaufhörliches Wechseln der angulären Beziehungen des Gelenkes und somit der Spannungsverhältnisse der Muskeln. Der Zug wird nicht nur, wie es allgemeiner Brauch ist, in invariabler Rückenlage bei gestrecktem Hüftgelenk und mittlerer Abduktion, sondern auch im Sitzen, d. h. bei flektiertem Hüftgelenk. ausgeführt und in beiden Fällen werden die Extremitäten tageweise maximal gespreizt, tageweise dagegen maximal aneinander gebracht. Nur wenn die aktiven Bewegungen der Extremität nach Energie, Raschheit, Richtung und Weite ganz normal sind, erst dann und nicht eher sind die ersten Gehübungen angezeigt, zunächst für ganz kurze Zeit, dann lange. In den Pausen zwischen Uebung und Uebung und während der ganzen Nacht wird der Zug wieder appliziert.

Der Verband, den Redn. verwendet, ist der Heftpflasterverband von Bardenheuer; der distale Teil jedoch ist derart modifiziert, dass das prompte Abnehmen und Wiederanlegen des Gewichtes ohne Mühe geschehen kann und die Gehbewegungen nicht behindert werden.

Putti erkennt vollkommen die grosse Wichtigkeit, die für einen guten funktionellen und anatomischen Erfolg jene Manöver und technischen Kunstgriffe haben, die auf die Ueberwindung der Anteversion des Schenkelhalses ausgehen, und vor allem die Notwendigkeit einer langen und beharrlichen Beibehaltung der Stellung in Innenrotation. Im Istituto Rizzoli wird das ermöchligt durch eine Metallspirale, die, parallel zur Längsachse der Extremität, am Becken und Fuss anfasst und das Gehen nicht im geringsten behindert. Während der Ruhe wird Rotationszug nach Bardenheuer und Spiralen nach Heusner benutzt.

Was den Uebergang aus der ersten in die zweite Stellung anbelangt, so wird in einer oder zwei Wochen durch technische Kunstgriffe die Extremität allmählich in die gewollte Lage gebracht. Der Zweck wird so erreicht unter Verringerung der Anzahl der Narkosen und unter Anpassung der Kraftaufwendung an den Grad der subjektiven Empfindlichkeit des Gelenkes.

Was die Frage der blutigen Behandlung angeht, so sind in den besonderen Verhältnissen des Kapsel-Bänderapparates jene Hindernisse für die Reduktion und die primäre Stabilität zu suchen, die uns zu einem blutigen Eingriff ermächtigen. Hinsichtlich der Möglichkeit einer funktionellen Anpassung zwischen Kopf und Hüftpfanne, sobald sich dicke Kapselfalten zwischen sie lagern, ist Referent der Ansicht, die Putti bereits auf dem letzten Kongress vertrat, nämlich, dass dies „eine Vermutung ist, die des Beweises bedarf“.

Die grössere Erfahrung bestärkt Redn. darin, dass zur Vermeidung schwerer anatomischer Schädigung des Gelenkes durch die unblutige Reposition die Operation nach der von ihm dargelegten Technik zu geschehen hat, wodurch



sie weniger schädlich als eine forzierte unblutige Reposition wird und funktionell mehr Nutzen hat als eine Transposition.

Nach der Erfahrung, die er mit dem Codivilla'schen Hebel erworben hat, hält er ohne den Gebrauch dieses wertvollen Hilfsmittels, das nur von dem geschätzt werden kann, der es praktisch angewendet hat und das von zwei Meistern der Knochengelenkchirurgie wie Kocher und Lambotte (obwohl in leicht modifizierter Form) für unentbehrlich gehalten wird, eine schadlose Reposition auch der nicht schwierigen Fälle für unmöglich.

Salaghi-Florenz fragt an, ob bei Individuen im Alter von 3—4 Jahren mit seit kurzem abgelaufener Rachitis nicht der Schlaffheit der Kapsel und Bänder dieser Patienten als Hindernis für eine stabile Retention des Kopfes Rechnung getragen werden müsse und ob es hier nicht besser sei, auf das erste klassische Tempo von Lorenz zu verzichten und die Lange'sche Methode anzuwenden mit einem ersten Tempo von einigen Monaten Dauer in Abduktion von 70—80° und Innenrotation von 90°, und einem 2. Tempo ebenfalls von einigen Monaten Dauer in geringerer Abduktion und derselben Innenrotation.

Serra-Bologna macht darauf aufmerksam, dass nach seinen anatomischen und radiographischen Untersuchungen jener dreieckige Knochensporn, den man häufig das Hüftdach oberhalb des konzentrisch reduzierten Kopfkernes verlängern sieht, nicht als eine Knochenbildung aufgefasst werden dürfte, sondern als Verknöcherung der zentralen Partie des Limbus. Kann er doch auch vor der Reposition angetroffen werden, doch ist sein Nachweis dann ein Glück der Projektion, insofern gewöhnlich (nicht immer besteht die Ludloff'sche Deformität) dieser Teil in der Projektion durch den knöchernen Boden der Gelenkpfanne verdeckt wird.

Nicoletti-Rom fragt an, ob die Belastung in der ersten Periode der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation nach Paci-Lorenz systematisch zu verpöhnen sei. Er bemerkt, dass er persönlich in sämtlichen bis heute behandelten Fällen unter treuer Befolgung der Lorenz'schen Technik und besonders sorgfältiger Modellierung des Gipsverbandes niemals einen negativen Ausgang durch Umlagerung oder Rezidiv zu beklagen gehabt habe und dass seiner Ansicht nach die, wenn auch beschränkte Uebung der den Sitz der Luxation bildenden Extremität in der ersten Periode der klassischen Stellung in Abduktion und Flexion von 90° von unbestreitbarem Nutzen sei für die Schnelligkeit der funktionellen Wiederherstellung. In den Fällen von übermässiger Anteversion des Schenkelhalses hat er als zweitem Tempo der Behandlung stets der Stellung einer übermässigen Innenrotation des Oberschenkels bei im Kniegelenk flektierter Extremität und Abduktion um 30° den Vorzug gegeben, indem er zuletzt, in dem Augenblick, wo die Extremität in die 3. Stellung gebracht werden sollte, zur diaphysären Osteotomie des Femur schritt, um das Knie und den Fuss in die anatomische Stellung zu drehen.

Schliesslich betont er, wie bereits auf dem vorausgehenden Kongress, die unabwendbare Notwendigkeit, dass (wenn auch noch so ausnahmsweise) zur blutigen Reposition in jenen glücklicherweise äusserst seltenen Fällen von angeborener Hüftgelenksluxation geschritten werde, die jedem Versuch der unblutigen Reposition trotzen.

Galeazzi-Mailand. Schlusswort. Ref. teilt die Ansicht Varchellis über den Einfluss der Vererbung als eines ätiologischen Momentes der angeborenen Hüftgelenksluxation.



Inbezug auf die Mitteilung von **Delitala** betont er den hohen Prozentsatz an Frakturen und Epiphysenlösungen in der Statistik des Instituto Rizzoli, von dem er vermutet, dass er mit der Belastung in der ersten Periode der Immobilisierung zusammenhängen dürfte. Er spricht sodaun die Ueberzeugung aus, dass die oberen Epiphysenlösungen des Femur, die nach **Delitala** vorzugsweise in der Periode der Immobilisierung erfolgen sollen, vielmehr während der Reposition eintreten, und dass in den Fällen, wo die Epiphysenlösung erfolgt, wenn die Hüfte in dem Apparat immobilisiert ist, dies nur auf eine mangelhafte Technik des Gipsapparates zurückzuführen ist. Schliesslich bemerkt er, dass die Läsionen, die an dem unteren Ende des Femur während der Nachbehandlung auftreten, keine Epiphysenlösungen sind, wie **Delitala** möchte, sondern in der grossen Mehrheit der Fälle Frakturen oberhalb der Kondylen.

Auf Grund seiner eigenen Statistik bestätigt er die Schlüsse **Delitalas** inbezug auf die postoperativen Lähmungen und betont die Gefährlichkeit des Hoffa'schen Manövers für die Entstehung der Lähmungen des Peroneus, die er ebenfalls für Dehnungsparalysen hält.

Hinsichtlich der Mitteilung Serras weist Ref. auf seinen hohen Prozentsatz der primären Richtungsfehler des Schenkelhalses bei den Luxationen hin, der den aller sonstigen Forscher bei weitem übertrifft, und spricht die Möglichkeit von Fehlerquellen aus, wenn die Untersuchung, wie es Serra tat, an einem Material von radiographischen Platten ausgeführt wird, die von verschiedenen Operateuren aufgenommen werden, und zwar nicht immer zur Bestimmung des Halswinkels und nicht immer unter den entsprechenden Vorsichtsmassregeln und der zur Vermeidung von Irrtümern notwendigen Technik.

Der Dauerzug ist ratsam in allen Fällen, die in einem der Höchstgrenze nahekommenden Alter operiert werden; gefährlich und unnütz ist er bei kleinen Kindern im Alter von 1--2 Jahren, die jetzt die Mehrheit der Operierten darstellen und bei denen bereits allzuoft eine grosse Schlaffheit der Bänder und ein mangelhafter Muskeltonus zu beklagen ist, die die Kontention gefährden.

Serra-Bologna. Ricerche istologiche sul trapianto osseo libero nell'uomo.

S. legt die Mikrophotographien von Knochenüberpflanzungsstücken vor, die bei der Nekroskopie (1) oder sekundären Eingriffen (3) an 4 Patienten erhalten wurden. Die histologischen Befunde dienten mehr zu einer vergleichenden Untersuchung der Fixierungsmittel der Transplantation in dem Wirt und des Wertes der periostalen und medullären Osteogenese inbezug auf die definitive Fixierung nnd die Einheilung der Transplantation.

Die Schlüsse, zu denen der Redn. kommt, gehen dahin, dass die menschliche Knochenverpflanzung mit geeigneter Technik zu einem befriedigenden Resultat inbezug auf die Kontinuitätslösung führt; dass die Infibulation gefährlich und antiphysiologisch ist, wenn sie unmittelbar abschliessend mit einem infibulierenden Knochen vom Durchmesser des infibulierenden Kanales geschieht, dass die Knochenneubildung aus dem Mark vollkommener ist als die aus dem Periost.

Alessandri-Rom. Proposta di un nuovo processo di autotradianto osseo libero nei tumori della diafisi femorale resecabili.

Redn. erinnert zunächst an die Heilungsmöglichkeit auch ausgedehnter Knochenläsionen und die sich in vielen Fällen ergebende Notwendigkeit, das fehlende Stück durch eine Knochenverpflanzung zu ersetzen, wobei für den

Erfolg stets eine Autotransplantation vorzuziehen sei. Aus der Untersuchung der operierten Fälle schliesst er auf die Insuffizienz der bisher zum Ersatz verwendeten Knochen, namentlich der Fibula bei den ausgedehnten Resektionen des Femurschaftes.

Deshalb kam er auf den Gedanken, in derartigen Fällen das zu überpflanzende Stück aus dem gesunden Femur der anderen Seite zu entnehmen, indem er so dieses verkürzt und die Länge des substituierenden Stückes auf die Hälfte reduziert.

Er berichtet sodann über einen von ihm mit Exartikulation und Resektion von 15 cm des unteren Teiles des rechten Femur wegen periostalen Sarkoms operierten Fall, bei dem er ein 8 cm langes, aus dem linken Femur entnommenes Stück substituierte, indem er es in dem Substanzverlust oben durch Metallnaht fixierte und unten in den ausgehöhlten Vorsprung des Tibiakopfes hineinsteckte.

Der Verlauf wird zunächst ein befriedigender (Vorlage der am 18. Tag aufgenommenen Radiographie), dann trat an beiderseitiger Bronchopneumonie am 26. Tag der Tod ein.

Nicoletti-Rom. Contributo all' osteosintesi con l'infibulazione.

Redn. berichtet über einen der demonstrativsten klinischen Fälle, die er seit dem vorigen Kongress zu behandeln Gelegenheit hatte.

Der Pat. hatte eine direkte Fraktur der rechten Tibia an der Vereinigung des unteren Drittels mit dem mittleren in leicht schräger Linie von hinten nach vorn, sowie eine schräge supramalleoläre Fraktur durch Einbiegung der Fibula derselben Seite während einer Fussballpartie vier Wochen vor der Untersuchung durch den Redner erlitten. Pat. zeigte im Augenblick der Untersuchung eine starke Verlagerung der Bruchfragmente, namentlich der tibialen, so dass das untere derselben 5 cm weit über die Bruchspalte nach oben gerückt war und unter der Haut der vorderen seitlichen Region des Unterschenkels, sie anspannend und fest durchstechend, vorsprang. In der Frakturspalte liess die radiographische Untersuchung keine Spur von Callusbildung erkennen. Es wurde deshalb der Eingriff beschlossen. Die Fragmente der Tibia und die der Fibula wurden freigelegt, das obere Fragment der Fibula fünf Zentimeter weit längs durchschnitten und eine Hälfte des geteilten Endes abgetragen. Darauf wurde durch ein recht kräftiges Flaschenzugsystem das distale Segment einem energischen Zug unterworfen, wodurch die Fragmente der Tibia in gegenseitigen Kontakt gebracht werden konnten. Nun liess er die Fragmente der Tibia selbst nach vorn vorspringen, steckte kunstgerecht das resezierte Fibulastück in die Markhöhle, brachte das Glied in die Achse zurück und immobilisierte es entsprechend durch einen von der Spina tibiae bis an den Vorderfuss reichenden Gipsverband. Kein Zwischenfall trübte den postoperativen Verlauf. Am 45. Tag wurde dem Operierten das Auftreten erlaubt, am 60. Tag begann das Gehen mit dem Gipsapparat und am 90. Tag wurde jeglicher Apparat weggelassen und Pat. konnte seine gewohnten Beschäftigungen wieder aufnehmen.

Der anatomische und funktionelle Erfolg ist einer der glänzendsten gewesen und N. betont nochmals die Nützlichkeit der Knochenvereinigung, die mit dem minimalsten Traumatismus der periostalen Gewebe, ohne Verwendung von Metallstücken irgend welcher Art, allein mit einem Material aus dem nämlichen Organismus und aus demselben Gewebe wie der zu reparierende Teil erzielt wird.



Putti-Bologna. Un nuovo metodo di osteosintesi.

Die Ligatur oder Metallumreifung ist eine Methode der Knochenvereinigung, die bei der blutigen Therapie der Frakturen vorzügliche Resultate liefern kann, aber nur selten technisch vollkommen gelingt. An Stelle des Fadens hat Redn. deshalb ein Metallband gesetzt, das laufknotenartig verschlungen wird. Zur Erreichung einer stärkeren und graduierbaren Anspannung der Carclage, als es mit der freien Hand möglich ist, hat er ein Instrument konstruieren lassen, dem die Aufgabe zufällt, das Metallband in die gewollte Spannung zu setzen und die Enden des Bandes automatisch zu verknüpfen; ausserdem ermöglicht es, dass die ganze Operation der Umreifung ausgeführt wird, ohne dass die Hand des Chirurgen das Operationsfeld zu berühren hätte. Dieses Verfahren der Knochenvereinigung hat sich bei experimentellen Resistenzproben und in verschiedenen klinischen Fällen wirklich vorzüglich bewährt.

Diskussion über das Thema Knochenverpflanzung.

Galeazzi-Mailand meint noch einmal die Notwendigkeit betonen zu müssen, dass die Indikationen der autoplastischen Knochenverpflanzungen innerhalb rationeller Grenzen abgesteckt werden, da immer noch die Neigung anhält sie in Fällen anzuwenden, wo nichts von einem solchen chirurgischen Eingriff zu erhoffen steht.

Dalla Vedova-Rom. Amputazione femorale sopracondiloidea ostepolastica a cappuccio cinematico.

Duranti-Pisa. Trapianto libero di costola priva di periostio in un caso di resezione della clavicola.

14jähriges Mädchen aus Pisa, aufgenommen in die chirurgische Klinik am 22. Juli 1912. Ende Juli 1912 hörte sie beim Mähen plötzlich an dem linken Schlüsselbein ein Knistern mit heftigem Schmerz und sofort hörte die Möglichkeit, sich des Armes zu bedienen, auf; und als sie die Hand ans Schlüsselbein führte, bemerkte sie zum erstenmal eine Anschwellung an dem inneren Drittel desselben. Das Schlüsselbein schien in seiner Kontinuität nicht unterbrochen zu sein. Bei der Radiographie wurde ein Herd der Knochenrarefaktion gefunden. In der Vorstellung, dass es sich um einen Prozess von spezifischer Natur handle, wurde Pat. am 6. Aug. 1912 von Prof. Ceci operiert. In Narkose wurde die Haut auf dem Schlüsselbein bis zur Mitte desselben inzidiert. Nach Ablösung des normal aussehenden Periosts von dem Knochen wurde dieser in seiner Mitte mit der Liston'sche Schere durchschnitten. Bei den Zugbewegungen zur Exstirpation seiner medialen Hälfte brach der Knochen an der Stelle des Tumors ab. Mit dem Löffel wurde die Entfernung des Knochens beendigt und dann auch der Gelenkknorpel exzidiert. In den Periostkanal wurde ein Rippenstück in derselben Länge wie das resezierte Schlüsselbeinstück eingepflanzt, das subperiostal aus der fünften linken Rippe entnommen wurde. Der Erweichungsherd des resezierten Knochens hatte ziemlich scharfe Grenzen, die Grösse einer Nuss und bestand aus einem granulomatösen Gewebe von tuberkulösem Aussehen ohne irgend einen Punkt der Verkäsung.

Nach 12 Tagen, am 19. Aug. 1912, verliess Pat. vollkommen geheilt die Klinik und am Ende desselben Monats war sie imstande, sich vollkommen des linken Armes zu bedienen. In der Folge wurde Pat. wiederholt nachuntersucht und röntgenographiert. In der Röntgenographie vom 5. Sept. 1912, d. h. einen Monat nach der Operation, findet sich keine Spur mehr von dem eingepflanzten Knochen. In der Röntgenographie vom 4. Nov. 1912, d. h. drei Monate nach



der Operation, sieht man längs des resezierten Knochens Spuren von Ossifikation auftreten. Acht Monate nach der Operation, am 14. Mai 1913, zeigt die Radiographie den Knochen vollständig wiedergebildet. Nach 14 Monaten hält die vollkommene anatomische und funktionelle Heilung an.

Anzilotti-Livorno. Lesioni sperimentali dei tendini e loro modo di riparazione.

Redn. ergänzt die bereits 1906 zum Teil mitgeteilten Untersuchungen über die Reparation der traumatischen Sehnenläsionen. Vor allem studiert er die Veränderungen der Sehnen nach Abtragung ihrer Scheide, die zuerst in Entartungserscheinungen der Sehnenfasern und -Zellen bestehen; dann erfolgt eine Proliferation des Bindegewebes, wodurch die Scheide wieder gebildet wird, die zunächst mit der Sehne verwachsen ist und dann sich nach und nach davon ablöst, wodurch der Raum zwischen Scheide und Sehne wie normalerweise wiederhergestellt wird. Die Sehne zeigt Proliferationserscheinungen ihrer Elemente, die die zuerst aufgetretenen degenerativen Erscheinungen reparieren. Die Mobilisation erleichtert das Freiwerden der Sehne von den Verwachsungen mit der neuen Scheide. Bei der Tenotomie erfolgt die Reparation nach den Untersuchungen des Redn. durch Proliferation der Elemente der Sehne, des inter- und intrafaszikulären Bindegewebes und durch das Bindegewebe um die Sehne und die Scheide. Die wichtige Aufgabe der Scheide wird durch das Studium der Regeneration nach Abtragung der Scheide festgestellt. Die Sehne kehrt während der Reparation zum embryonalen Zustand zurück mit Proliferation ihrer Elemente und erinnert in der sekundären Histogenese an die Erscheinungen bei der primären Histogenese. Die Muskeln atrophieren bei der Tenotomie deutlich; bei Abtragung der Scheide zeigen sie temporäre Ernährungsstörungen.

Weiter studiert A. die Reparationsweise von Sehnennähten, Verkürzungen, Verlängerungen, Ueberpflanzungen und zeigt die nekrotischen Erscheinungen der Sehnen bei den Nähten, die spärlichen reparativen Erscheinungen von seiten der Sehne und die sehr ausgedehnten von seiten der Scheide, denn diese erzeugt das die Stümpfe verkittende Gewebe und die Oberfläche der Sehnen.

Andreini-Florenz. Ricerche sperimentali sulla canalizzazione ossea a scopo di trapianto tendines.

Redn. bespricht eine ganz neue Technik der Ueberpflanzung, die dadurch ausgezeichnet ist, dass eine Sehne durch einen Knochen (vorzugsweise eine Diaphyse) gezogen wird, damit er seine anatomische und funktionelle Individualität besser bewahre. Die experimentellen Resultate dieses transostalen Verfahrens, die zum Teil positiv ausfielen, zeigen auch mikroskopisch, dass die Sehne auf der kanalisierten Strecke ohne davon invadiert zu werden, von einer Wand durch die Tätigkeit der innersten Schicht des Knochens neugebildeten ostoiden Gewebes umgeben wird. Bessere Resultate werden erhalten bei Einkanalisierung eines Seidenfadens in direkter Fortsetzung mit der kraftspendenden Sehne. Trotz einiger Misserfolge glaubt Redn., dass es von Interesse sein dürfte, eine neue Reihe von Versuchen zu unternehmen, unter Benutzung neuer operativer Kunstgriffe, die geeignet sind, eine sukzessive Obliteration des Kanals zu verhüten.

Cuneo-Genua. Trapianto dei peronei laterali nel trattamento del piede valgo paralitico.

Von der Tatsache ausgehend, die häufig bei hochgradigem paralytischem Pes plano-valgus beobachtet wird, nämlich dass die seitlichen Peronaei, aus ihrer



retromalleolären Rinne austretend und nach vorn über den Malleolus gleitend, sich aus Extensoren in Dorsalflexoren des Fusses verwandeln, und unter Berücksichtigung der günstigen anatomischen Verhältnisse dieser Muskeln nach Sitz und Richtung kam Redn. auf den Gedanken, sie zur Reparation des Verlustes der Tibialisgruppe zu verwerten.

Nach diesen Vorstellungen operierte er sieben Fälle von schwerem paralytischem Pes plano-valgus. Die ersten operierten Fälle gehen auf ca. drei Jahre zurück, weshalb die erhaltenen Resultate als Dauerresultate betrachtet werden können.

Da bei drei von diesen sieben Fällen die Hauptläsion durch den vollständigen Verlust des Tibialis ant. gegeben war, ersetzte er diesen Muskel durch den Peronaeus brevis, indem er sein peripheres Sehnenende mittels Schleife und Metallnagel an dem Kahnbein befestigte. Die Technik dieser Ueberpflanzung ist sehr leicht und recht schonend für die Teile; denn der Peronaeus brevis verläuft in seinem oberen Teil eine gute Strecke weit ganz in der Nähe des Tibialis ant. und kann diesem so gut angelegt werden, dass die schräge Richtung von oben aussen nach unten innen erhalten bleibt, und er sich somit in den günstigsten mechanischen Bedingungen zur Entwicklung der neuen Funktion befindet.

In den übrigen vier Fällen, die schwerer waren als die vorausgehenden und in denen beide Tibiales verloren waren, suchte er, den Tibialis post. durch die periphere Sehnenpartie des Peronaeus brevis zu ersetzen, die so hoch wie möglich durchschnitten wurde und nach rückwärts unter der Fusssohle durchgeführt wurde, bis sie die innere retromalleoläre Rinne erreichte, wo sie ungefähr mit der Hälfte der zuvor zweckmässig präparierten Achillessehne vernäht wurde. Der Muskelbauch des Peronaeus brevis wurde in den Tibialis ant. genäht.

Die Erfolge waren in sämtlichen Fällen befriedigend. Zahlreiche Photographien werden vorgelegt.

Maragliano-Genua. Nuovo contributo agli impianti nervosi nelle paralisi.

M. betont, dass in Lähmungsfällen der klinischen Symptomatologie verschiedene Typen anatomischer Muskelalterationen entsprechen und unterscheidet:

1. Lähmungen mit unvollständiger Atrophie und genügendem Muskelüberrest.
2. Lähmungen mit unvollständiger Atrophie und ungenügendem Muskelüberrest.
3. Lähmungen mit totaler oder subtotaler Atrophie.

Er legt die Tatsache fest, dass bei seit Jahren dauernden Lähmungen mit vollkommen erloschener elektrischer Reaktion in den gelähmten Muskeln mehr oder weniger wichtige Gruppen kontraktionsfähiger Fasern nachgewiesen werden können.

Zum Schluss führt er kurz seine persönlichen Lähmungsfälle auf, in denen er mit gutem Erfolg die Nerventransplantation angewendet hat.

(Schluss in nächsten Heft.)

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3 oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



1) **Bolognesi.** I tumori primitivi delle borse sierose. (Tumori. A. III. Fasc. 3.)

B. berichtet über eine persönliche Beobachtung und zeigt die Seltenheit derartiger Fälle unter dem Gesichtspunkt des Sitzes, der Aetiologie, der Diagnose. Die anatomische Diagnose wies bisher in diesen Fällen nach: Fibrome, Myxome, Chondrome, Sarkome, Endotheliome.

Die Prognose ist immer eine ernste, sowohl wegen des raschen Wachstums dieser Neubildungen, wie wegen der sich in sehr kurzer Zeit ausbildenden Metastasen.

Die chirurgische Behandlung kann nur eine überaus radikale sein.

Buccheri, Palermo.

2) **Mosenthrin.** Seltenere Komplikationen der multiplen kartilaginösen Exostosen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 3/4 p. 241.)

Das Krankheitsbild der multiplen, kartilaginösen Exostosen ist gut bekannt, weniger die Komplikation der Erkrankung: Aneurysmabildung und Uebergang in maligne Tumoren. Mitteilung einer Beobachtung beider Komplikationen bei einem Brüderpaar von 11 und 13 Jahren. In des Vaters Familie multiple Exostosen erblich. Bei einem Jungen beim Turnen Schmerz in der Kniekehle. Bildung einer Geschwulst daselbst. Geplatztes Aneurysma über spitzer Exostose. Abmeisselung derselben. Naht des Aneurysmas. Beim Bruder im Lauf der Jahre Entwicklung eines harten Tumors, der Beschwerden durch Gefässstörungen und Muskelparesen im Gebiet des n. peroneus machte. Entfernung eines blumenkohlartigen knorpeligen, teilweise verknöchernden Tumors. Verdacht auf malignes Enchondrom durch Mikroskop bestätigt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Perrin.** Exostoses ostéogéniques multiples accompagnées d'arrêts de développement et de déformations du squeletti. (Rev. d'orthopéd. 25e année, Nr. 1, p. 53.)

V. beobachtete bei einem Vater und dessen 2 Kindern zahlreiche osteogenetische Exostosen und Missbildungen des Skelettwachstums, die den häufigsten Typus aufwiesen: Verkrümmung des normal gewachsenen Radius (in einem Fall Luxation des Radiusköpfchens) infolge des Zurückbleibens des Ulnawachstums. Literaturangaben. Die Aetiologie, sei sie in Bildungsanomalie oder Toxininfektion zu suchen, steht eng mit der Heredität in Beziehung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

4) **Tillaye.** Ostéopsathyrosis héréditaire familiale. (Rev. d'orthopéd. 25e année. Nr. 2, p. 112.)



Ein 34jähriges Fräulein zog sich bei Umfallen auf glattem Boden eine Luxation des Femurkopfes und eine Fraktur des Schenkelhalses zu. Sonst hatte sie noch nie Frakturen erlitten, die Familienanamnese ergab aber beim Vater und 6 Geschwistern zahlreiche Knochenbrüche. Die Arbeit klärt nicht weiter über das Wesen der familiären Osteopsathyrosis auf, sondern stellt nur einen kasuistischen Beitrag vor. Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **Paul Ewald.** Ueber osteospsathyrosis idiopathica. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 634—646. Mit 13 Abdildg.)

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle mit Photographien, Röntgenbildern und mehreren Pausen. Der erste Fall betrifft einen jungen Menschen, der vom 17. Lebensjahr ab, nachdem im 14. die Krankheitserscheinungen, die nach einer Anzahl von Brüchen zu den abenteuerlichsten Verkrümmungen bes. der unteren Extremität geführt hatten, beseitigt waren, osteotomiert wurde, wobei die enorme Härte der Knochen auffiel, so dass er mit 21 Jahren ein ganz repräsentables Aussehen zeigte und imstande war, sich selbst sein Brot zu verdienen.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein 10jähriges Mädchen, ebenfalls mit schwersten Verkrümmungen nach einer Reihe von Brüchen und einem starken Hydrozephalus. In beiden Fällen finden sich weitgehende Uebereinstimmungen, z. B. an den Röntgenbildern die enorm dünne Fibula, die deformierten Kartenherzbecken u. a. m. Die Aetiologie der Erkrankung ist dunkel. Heredität ist nicht nachzuweisen. Schilddrüsen, Genitalien in Ordnung. Die Prognose ist nicht so traurig. Phosphor und Kalk sind ohne Wirkung. Meist von selbst Stillstand. Eine Besserung ist später beim 1. Fall sogar röntgenologisch nachweisbar.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

6) **Blankle.** Ein neuer Fall von Myositis ossificans progressiva. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 10. H. 3. p. 763.)

Verf. konnte einen 21jährigen Mann mit der oben erwähnten Krankheit beobachten, der den Habitus eines 12jährigen hatte, ausser dem allgemein Zurückgebliebensein auch Missbildungen des Daumens im Röntgenbild zeigte (Teilerscheinung einer allgemeinen Bildungsstörung). Verf. sieht den Prozess als keinen entzündlichen an und auch nicht als primär im Muskelgewebe sitzend, so dass es besser wäre, mit Rager die Erkrankung Polyossificatio congenita progressiva zu nennen. Die Knochenablagerungen in und zwischen den Muskeln sind Erkrankungen des Bindegewebeapparates



ohne anfänglichen Zusammenhang mit dem Skelett. Das Wesen der Erkrankung besteht in einer Störung der Mesenchymzellen, die bei einem bestimmten Anstoss zu regelloser Wucherung mit anormaler Knochenbildung schreiten. Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Rost.** Weitere experimentelle Untersuchungen über chronische, granulierende Osteomyelitis. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 3—4 p. 404.)

In einer früheren Arbeit über chronische granulierende Entzündungen des Knochenmarkes (D. Zschr. f. Chir. Bd. 125) teilte Verf. seine Versuche an Kaninchen, mit abgeschwächten Staphylokokkenkulturen Osteomyelitis hervorbringend, mit und fügt jetzt eine Uebersicht neuer Versuche mit der gleichen Technik hinzu, die histologisch-bakteriologisch neue Gesichtspunkte in die Arbeit bringen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Bertein.** Les ostéopathies blennorrhagiques. (Gaz. des hop 87e année. Nr. 19, p. 293.)

Verf. gibt eine Uebersicht der bis jetzt bekannten gonorrhoischen Erkrankungen am Knochensystem: die einfache Periostitis, die hypestrophierende Osteoperiostitis und die gonorrhoische Osteomyelitis. Chirurgische Eingriffe kommen nur bei den Osteoperiostitiden der Extremitäten in Betracht. Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Valtanroli** (Florenz). Contributo clinico all'importanza della radiografia uella sifilide ereditaria tardiva della ossa lunghe. (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

An der Hand von zwei klinischen Fällen weist V. die Bedeutung nach, die die radiographische Untersuchung auch auf diesem Gebiet unter dem diagnostischen Gesichtspunkt haben kann. Jedenfalls wird sie stets die mit anderen Hilfsmitteln gesammelten Daten bestätigen und präzisieren können und bei in zeitlichen Abständen ausgeführten Proben wird sie uns erlauben, die Entwicklung der Läsion und die Wirkung der eingeleiteten Therapie zu verfolgen.

Buccheri, Palermo.

10) **Razzaboni** (Camerino). Ricerche sperimentali sub comportamento delle cartilagini epifisarie negli interventi operativi articolari. (Il Policlinico Sez. chir. 1913. Nr. 8.)

Zwecks Feststellung des Einflusses, den ein operativer Eingriff für sich allein imstande ist, auf die Epiphysenknorpel auszuüben, stellte Verf. experimentelle Untersuchungen über die drei typischen Eingriffe an, die am Gelenk vorgenommen zu werden pflegen, nämlich Arthrotomie, Arthrektomie und Resektion, und unterzog den Knochen der histologischen Untersuchung. Es wurde erhalten, dass die Mehrheit der operativen Eingriffe keinerlei schädliche Wirkung



auf den Epiphysenknorpel entfalten, dieser bleibt unverändert und fährt fort seine Funktion auf das Längenwachstum des Knochens auszuüben. Buccheri, Palermo.

11) **Badin.** Comment prévenir les déviations du rachis? (Annales de Chir. et d'Orthopéd. T. XXVI. Nr. 12, p. 359.)

Die Skoliosen sollen prophylaktisch bekämpft werden, in frühester Kindheit durch Achten auf etwaige rachitische Disposition, später im Schulalter durch eine orthopädisch-hygienische Inspektion.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Lovett.** Le traitement de la scoliose. (Orthopéd. et tuberculose chiruargicale. 1e année Nr. 1, p. 31.)

Verf. bespricht den Begriff Skoliose (statische und strukturelle), ihre Behandlung mit Schienen, forciertem Redressement, Suspension, Liegen auf dem Rücken, auf dem Bauch, auf der Seite während der Modellierung eines Gipskorsetts, vergleicht die Methoden miteinander und gibt keine persönliche Meinung für das Für oder Wider einer bestimmten Therapie an, die Wirksamkeit der Methoden einem zukünftigen Erfahrungsurteil überlassend. Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **E. G. Abbott** (Portland). Ueber die Skoliose. Mit 48 Abbildg. (Ztschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII, S. 541—573.)

In der Einleitung werden A'.s Ansichten über die Entstehung der Skoliose aus der fehlerhaften Schreibhaltung entwickelt. Dann kommen die Bilder des bekannten Experimentierfalls, dem zuerst eine linkskonvexe Dorsal- und rechtskonvexe lumbale Skoliose beigebracht wurde, die dann ins Gegenteil verkehrt und schliesslich wieder beseitigt wurde. Der Originaltisch mit Zubehör, die Anlegung der Redressionszüge werden veranschaulicht und schliesslich kommen eine Reihe von Patientenbildern in den verschiedensten Stadien des Verbandes, Patienten während, vor und nach der Behandlung, sowie das von A. zur Nachbehandlung benutzte Zelluloidkorsett. Natzler, Mülheim-Ruhr.

14) **Vulpius.** Die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (D. m. W. Nr. 15. 1913.)

Bericht über die Geschichte und die Technik des Abbott'schen Verbands mit 16 Abbildungen. Mit dem Abbott'schen Verfahren kann man nach Meinung des Verf. tatsächlich Umkrümmungen der Wirbelsäule und Abflachungen des Rippenbuckels erreichen, die bis jetzt vollständig unmöglich waren. Nach der Abnahme des Gipsverbandes, der bis zu 8 Monaten getragen werden soll, lässt V. noch ein Stützkorsett tragen, um das Resultat während der ersten Zeit festzuhalten, und behandelt energisch nach. Während der Verband-



periode ist besonders darauf zu achten, dass der Plexus brachialis nicht gedrückt wird, und dass kein Dekubitus eintritt, ausserdem sind leichte gymnastische Uebungen, soweit sie der Verband erlaubt, und mehrmals täglich Atemgymnastik vorzunehmen. Zur Beseitigung der lumbalen Gegenkrümmung legt V. nachts an das der lumbalen Konkavität entsprechende Bein eine Extension und erhöht tagsüber das andere Bein. V. behandelte 25 Fälle nach Abbott.

Klar, München.

15) **Vulpius.** Erfahrungen und Erwägungen über die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (B. kl. W. Nr. 38. 1913.)

V.s Meinung über das Abbott'sche Verfahren ist nicht mehr so günstig wie früher, er empfiehlt es aber immer noch, allerdings mit peinlicher Auswahl der Fälle. Ausgeschlossen sind Kinder unter 6 Jahren und Erwachsene, ausserdem schwächliche und anämische und herz- und lungenschwache Patienten, ferner die schweren Fälle mit spitzwinkligem Rippenbuckel. V. betont die Wichtigkeit der mobilisierenden energischen Vorbehandlung, zu der auch die Atmungsgymnastik gehört. In der Verbandperiode, die 8 Monate dauert, müssen die Kinder stündlich zur Atemgymnastik antreten; innerlich gibt er Kalk und Phosphor, er legt ferner Sorgfalt auf die Hautpflege und schickt die Patienten auf das Sonnendach. Fälle mit ausgesprochenen sekundären Krümmungen sind auch ausgeschlossen, da im Abbott'schen Verband diese Nebenkrümmungen eher verstärkt als gebessert werden. V.s Erfahrungen sind an 50 Fällen gesammelt; ein Nachteil der Methode ist die im Verband eintretende Atrophie der Knochen. V. empfiehlt, die Abbott'sche Methode in den orthopädischen Arbeitsplan aufzunehmen und zu erproben, ob nicht vielleicht doch ein dauernder Wert in dem, anfänglich so verblüffende Erfolge zeigenden, Verfahren steckt. Eine grosse Schwierigkeit der Skoliosenbehandlung, der unverhältnismässig grosse Aufwand von Zeit, Mühe und Geld, ist durch Abbott auch noch nicht aus dem Wege geräumt, und wer meinen sollte, dass er sich mit dem neuen Verband Mühe sparen würde, der soll damit lieber gleich nicht anfangen. Nur sorgfältige und zeitraubende Ueberwachung während der Verbandperiode und der Nachbehandlung kann einen Erfolg in Aussicht stellen. Zum Schluss plädiert V. für die Errichtung von ausschliesslich für die Skoliosentherapie bestimmten orthopädischen Anstalten auf dem Lande. Klar, München.

16) **Erlacher, Philipp.** Zur Behandlung von Skoliosen durch Gipsverbände nach Abbott. (M. m. W. Nr. 24. 1913.)



E. berichtet über die Erfahrungen, die an 16 nach Abbott behandelten Skoliosen in der Spitzy'schen Klinik gesammelt wurden, und zwar mit 36 Verbänden. Bevor die Patienten eingegipst werden, müssen sie lange vorbehandelt werden, und zwar mit Freiübungen, Mobilisationen, Kriechen, wobei besonders darauf geachtet wird, dass die Kinder dabei schon möglichst die Stellung einnehmen, die sie später im Verband haben werden, und vor allem mit reichlichen Atemübungen. Denn neben und sogar vor der Schwerkraft ist die Respiration die deskoliosierende Kraft im Abbott'schen Verband.

Die Schwerkraft biegt von dem Augenblick an die Skoliose um, in dem es gelingt, im Verband den Scheitelpunkt der bisherigen Verkrümmung über die Mittellinie hinüberzubringen. Um die Atemexkursionen der im Kanal gefensterten, also bisher konkaven, Seite zu messen, hat E. einen Respirationsmesser konstruiert, der aus einer beweglichen Pelotte besteht, die auf Metallklötzchen, die in den Gipsverband eingegipst werden, festgeschraubt wird; an der mit der Pelotte verbundenen Skala kann man genau in Graden (11,5 Grad = 1 mm) ablesen, um wieviel sich seit der letzten Messung die Thoraxfläche entfaltet hat. Um in der Vorbereitungszeit die Kinder an die wesentlich veränderten Atemverhältnisse im Verband zu gewöhnen, und um sie unter möglichst gleichen Bedingungen schon vorher das Atmen zu lehren, hat E. einen Schrägbock aufgestellt, in dem die Patienten genau dieselbe Stellung einnehmen, wie später im Verband, und der gleichzeitig die Atembewegungen der Thoraxwand der Konvexseite hindert, während die herabhängenden Beine die Bewegungen der Bauchwand erschweren; dabei soll immer durch die Nase geatmet werden, da die Nasenatmung die Inspiration erschwert und so die Patienten zwingt, die Hilfsatemmuskeln in Tätigkeit zu bringen, wodurch eine stärkere Erweiterung der oberen Thoraxabschnitte durch extreme Rippenerhebung eingeleitet wird. In der Spitzy'schen Klinik wurden fast ausschliesslich rachitische Skoliosen nach Abbott behandelt, die eine starke Torsion und einen starken Rippenbuckel zeigten; aber der kammartig vorspringende, spitzwinkelige Rippenbuckel wurde als ungeeignet für diese Behandlung angesehen. Schlecht vertragen wird der Abbott'sche Gipsverband bei linkskonvexen Skoliosen, wegen der durch den Verband bewirkten Verdrängung des Herzens nach rechts. Die Verbandbehandlung muss lange fortgesetzt werden, so lange, bis dem Kind die überkorrigierte Stellung zur Ruhehaltung geworden ist, und diese muss so lange mit Zelluloidkorsett oder ähnlichem festgehalten werden, bis sich der Körper ganz den neuen Verhältnissen angepasst hat; dann ist die Umformung der Knochen im Sinne des



Wolf'schen Gesetzes zu erwarten. Die der Abhandlung beigegebenen Abbildungen zeigen gute Ergebnisse. Klar, München.

17) **Joachimsthal.** Ueber Abbotts Methode der Behandlung seitlicher Rückgratsverkrümmungen. (B.kl.W. Nr. 15. 1913.)

J. prüfte das Abbott'sche Verfahren in den letzten 6 Monaten an 36 Fällen nach und fand, dass es mit ihm gelingt, bei einzelnen Formen seitlicher Rückgratsverkrümmungen, besonders bei rechtsseitigen Totalskoliosen oder vorwiegenden Dorsalskoliosen, in kurzer Zeit energische Umkrümmungen zu erzielen. Er machte gleich anderen Autoren die Beobachtung, dass Patienten mit linksseitigen Abweichungen den Abbott'schen Verband viel schlechter vertragen als solche mit rechtsseitigen Skoliosen. Er rät daher bei solchen zu besonderer Vorsicht oder schliesst sie von dieser Behandlung ganz aus. J. betont die Wichtigkeit kräftiger Nachbehandlung nach der im Durchschnitt 3 Monate dauernden Verbandperiode, mit Massage, Uebungen, Lagerungapparaten und Zelluloid- oder Stoffbügelkorsetts. Mit Spitzy ist Verf. der Meinung, dass die Hauptfaktoren der neuen Methode die Umleitung der Atmung und die Heranziehung der respiratorischen Kräfte für die Umkrümmung sind. Ob es möglich sein wird, die mit dem Abbott'schen Redressement erzielten Resultate für die Dauer festzuhalten darüber kann uns erst die weitere Beobachtung unterrichten.

Klar, München.

18) **Grace.** Painful shoulders and their treatment by physical measures. (The Brit. med. Journ. 9. V. 14. p. 1012.)

Verf. behandelte an eigenem Leibe eine chronische Neuritis des n. suprascapularis und ähnliche Schulterschmerzen mit typischen Druckpunkten bei 12 seiner Patienten mit starken elektrischen Strömen. Genaue Angabe der Therapie. Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Harris.** Brachial neuritis. (The New-York med. Journ. Vol. XCIX. Nr. 19, p. 932.)

Bei Brachialneuritiden kommen hauptsächlich der nervus spiralis, ulnaris und cutaneus internus in Betracht. Die Erkrankung ist schwer von echter Neuralgie zu unterscheiden. Druckpunkte; starke Schmerzen, besonders nachts. Therapie: Elektrizität, Nervendehnung, Kontrairritation, Immobilisation, leichte tägliche passive Bewegungen, Massage, interne Medikation. Persönlich schätzt Verf. sehr die hochfrequenten Ströme, keine innere Medikation dabei, nur leichte Laxantia. Schon nach 1 Woche Behandlung sah er erstaunliche Resultate (3-wöchentliche Applikation, bei Privatpatienten täglich). Heilung nach 1 Monat. Spitzer-Manhold, Zürich.



20) **Serafini** (Turin). Considerazioni sopra un tentativo di omo-necro-trapianto emiartirolare della metà prossimale dell'omero eseguito in un caso di resezione dell'estremità superiore dell'omero per sacroma. (Il Policlinico. A. XXI. Fasc. 1.)

Verf. bespricht einen von Prof. Bajardi (Turin) operierten Fall. Bei einem 16 Jahre alten Burschen wurde wegen periostalen Sarkoms ein längeres Stück des Oberarmes reseziert. Nach den Vorschriften von Küttner war ein Humerussegment aus einem Individuum präpariert worden, dass 8 Stunden zuvor an Shok infolge eines chirurgischen Versuches der Peritonealdrainage wegen Lebercirrhose verstorben war.

Der Knochen wurde bis zum nächsten Tag in geeigneter Weise aufbewahrt zwecks Sicherstellung seiner Sterilität. 19 Stunden nach der Abtragung wurde dann die Einpflanzung des entsprechend angepassten Humerussegmentes vorgenommen. Hierzu wurde ein 10 cm langer Elfenbeinbolzen zur Hälfte in die Markhöhle des stehengebliebenen Oberarmstückes und zur anderen Hälfte in die Markhöhle der Transplantation eingeführt, mit einem Nagel die Insertion des M. pectoralis major an dem Humerus fixiert und darüber zuerst die Muskeln und dann die Haut vernäht. Keine Drainage. Immobilisationsverband.

Der unmittelbare Erfolg der Ueberpflanzung war ein guter, aber obwohl die Einpflanzung vertragen wurde, bekam man ein Recidiv des Tumors und Metastasen, so dass Pat. am 83. Tag starb.

Buccheri, Palermo.

21) **v. Saar.** Zur Behandlung der fractura humeri supracondylica mittels Gelenkautoplastik. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2, p. 29.)

Verf. teilt 6 neue Beobachtungen von komplizierten suprakondylären Humerusfrakturen vom Extensionstypus mit, 5 davon veraltet, eine durch Muskelinterposition irreponibel gemacht, die durch die der Lexer'schen Methode ähnliche Rückverpflanzung von Gelenkteilen (Fixation durch Verkeilung, 1mal daneben leichte Klammerung) und gründliche orthopädische Nachbehandlung sehr günstig, beinahe zur vollen normalen Funktion des Armes, kuriert werden konnten. Für den Operationserfolg ist eine sorgfältige und vollständige Auslösung des ungünstig dislozierten distalen Humerusendes ausschlaggebend und ein sorgfältiges Entfernen aller die Reposition hindernden Gewebe (Kallusmassen, Schwielen etc.). Der



neue Gelenkteil muss in ganz frisches normales Gewebe eingebettet werden, dann sind auch keine Nekrosen zu befürchten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Estor.** Simplification dans les manoevres de réduction de la luxation congénitale de la hanche. (Rev. d'orthopéd. 25e année. Nr. 2, p. 151.

Verf. bespricht die jetzt in Frankreich am meisten üblichen Reduktionsmanöver der Hüfte nach Kirmisson, Broca und Calot im Vergleich mit seiner vereinfachten Methode. Becken und Oberschenkel der gesunden Seite beim narkotisierten Kind werden von einem Assitenten fixiert. Flexion des kranken Oberschenkels zum Bekken bis auf 35⁰. Unter Festhaltung dieser Flexion oszillierende Abduktion. Wenn die äussere Oberschenkelfläche horizontal liegt, ist meist die Reduktion vollendet, der Kopf mit seinem unteren Teil in die Pfanne eingedrungen und eingeschnappt. Die starke Flexion des Oberschenkels erübrigt ein Adduktorenmanöver, deren Widerstand, im Gegenteil, durch die Faszien vermieden wird. Einen Druck auf den Trochanter major mit der Faust in der Richtung von hinten nach vorn braucht Verf. nur in seltenen Fällen auszuüben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Gangolphe.** Subluxations congénitales larvées de la hanche chez l'adulte. (Annales de Chir. et d'Orthopédie. T. XXVII. Nr. 2, p. 39.)

Verf. macht auf eine Läsion aufmerksam, die aus einer kongenitalen Subluxation der Hüfte und einer Verlängerung des Femurhalses, unabhängig von einander, besteht. Sind diese Symptome gleichmässig ausgeprägt, so heben die das jeder Affektion einzeln zukommende Bild annähernd auf, nur das Radiogramm gibt Aufschluss. Erst im späteren Alter, wenn der ausgleichende Muskeltonus kein so guter mehr ist, und die Körperlast eine grössere wird, tritt leichte Ermüdbarkeit, Schmerz in der Hüfte, zeitweises Hinken und Watschelgang auf, und nur eine ganz sorgfältige Untersuchung (Verwechslung mit trockener Arthritis, mit Hüftgelenkstuberkulose!) kann eine richtige Diagnose stellen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Rischbieth.** Traumatic dislocation of the hip-joint. (The Lancet 18. IV. 14. p. 1111.)

Mitteilung eines bei Kindern seltenen Falles von traumatischer Hüftgelenksluxation (eher Epiphysentrennung oder Fraktur) bei einem 10 jährigen, der auf einem mit Ziegeln beladenen Karren fuhr, von diesem hinunterstürzte, wobei der Wagen über ihn fiel, und ihn am oberen äusseren Hüftrand verletzte. Die Reduktion der traumatischen



Verrenkung war eine leichte (schwache Muskulatur des kindlichen Körpers), der Unfall auch erst $3^1/_4$ Stunden alt, die Kapselzerreissungen waren ausgiebig. Das Röntgenbild zeigte keine Knochenverletzungen. Leichte Gewichtsextension mit Flexion. Am 17. Tag passive Bewegungen, ausgenommen Flexion, diese erst geübt mit den aktiven Bewegungen ca. 1 Woche später. Am 28. Tag Aufstehen. Gutes Resultat.
Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Ghillini** (Bologna). Fratture del bacino. (Bullettino delle Scienze mediche. Serie IX. Vol. 2.)

G. bespricht ein gerichtsärztliches Gutachten über einen Verunglückten, der aus einer Höhe von 6 m auf die Füsse gestürzt war, wobei er das Bewusstsein verloren hatte. Er entleerte auch geringe Mengen Blut mit dem Husten und dem Urin. Die Fraktur wurde erst später durch Röntgenographie konstatiert. Anfangs war der Verunglückte infolge Fehldiagnose kontinuierlichen Bewegungen unterzogen worden, durch die die Konsolidierung der Fraktur hintangehalten wurde.
Buccheri, Palermo.

26) **Heinemann** und **Siedamgrotzky.** Zur Kasuistik der Beckenluxationen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4. p. 927.)

Verf. beschreiben zwei durch das Röntgenbild festgestellte Fälle von Beckenluxation bei einem 18 jährigen Arbeiter und einem 10 jährigen Knaben, welche beide durch eine starke Gewalt (Wagen; grosser Stein) von hinten gegen das Becken getroffen wurden, wahrscheinlich bei starker Adduktorenspannung, wodurch eine Trennung der Schossfuge und der einen Kreuzbeinfuge entstand und die eine Beckenhälfte nach oben luxiert wurde. Treten nicht erhebliche Nebenverletzungen auf, so ist die Prognose keine schlechte; die beste Therapie besteht wohl in einem Extensionsverband zur Herabziehung der luxierten Beckenhälfte und einer zirkulären Bandage. Ein starkes Klaffen der Symphyse erfordert oft operative Vereinigung.
Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Paul Ewald** (Hamburg-Altona). Hüftpfannenbruch und intrapelvine Vorwölbung des Pfannenbodens. Mit 12 Abbildg. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 499—513.)

Im Anschluss an einen näher beschriebenen Fall von Beckenbruch, bei dem die rechtsseitige Pfannengegend nach dem Becken zu vorgewölbt war, stellt E. die von ihm beobachteten Fälle von Pfannenbruch und nichttraumatischer Vorbauchung des Pfannenbodens miteinander in Vergleich. Den bekannten Ursachen der Pfannenprotusion (destruierende Prozesse im Anschluss an Gonorrhöe, Tabes, Tuberkulose, Osteomyelitis, chron. Gelenkrheumatismus;



deformierende Prozesse bei Arthritis deformans; Weichheit des Pfannenbodens; anatomische Varietät) fügt er die Rachitis mit Coxa vara-Bildung hinzu. Dann bringt er 4 Fälle von Pfannenbrüchen mit und ohne zentrale Luxation des Femurkopfes und geht dann noch auf die Unterschiede zwischen den genannten Affektionen hinsichtlich Anamnese, klinischen Symptomen und Röntgenbild näher ein. Natzler, Mülheim-Ruhr.

28) **Cotton.** Hip fractures and their treatment. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 19, p. 718.)

Verf. bespricht die Arten der Brüche im Hüftgelenk, die jetzt üblichen Reduktionsmethoden und ist persönlich für die Fixation in Abduktion. Illustration der verschiedenen Prinzipe durch Zeichnungen.
Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Imbert.** La fracture intracapsulaire existe-t-elle? (Gaz. des hop. 87e année Nr. 30, p. 485.)

Als Schlussfolgerung seiner Arbeit, ob intrakapsuläre Schenkelhalsbrüche überhaupt existieren, muss Verf. die Frage bejahen, obgleich die intrakapsulären viel seltener sind. Der Praktiker soll sich ihnen gegenüber wie den extrakapsulären gegenüber verhalten: permanente Extension während einiger Tage und dann frühzeitiges Aufstehen. Die Radiographie der intrakapsulären Brüche lässt übrigens noch viel zu wünschen übrig, und es bleibt der Zukunft noch vorbehalten, mehr Klarheit auf diesem Gebiet zu schaffen. Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Blanc.** Fracture du col du fémur avec engrènement et marche possible immédiate. (Annales de chir. et d'Orthopéd. T. XXVII. Nr. 1, p. 8.)

Ein Gasarbeiter fällt ca. 80 cm tief von einer Leiter auf die rechte Seite. Mit Hilfe von Kameraden richtet er sich auf, geht nach Hause. Trotz Klagen über Schmerzen im rechten Bein keine Ruhigstellung desselben, nur Behandlung einer Radiusfraktur. Allmähliche Verschlimmerung des Zustandes. Nach 11 Monaten nur noch Gehen mit Krücken möglich. Radiogramm: extrakapsuläre Fraktur des Femurkopfes mit Einkeilung, Osteoperiostitis, Rarefikation des Kopfes, 80% Arbeitsunfähigkeit. Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Walbaum.** Zwei Fälle von Abrissbruch des Trochanter minor. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2. p. 139.)

2 neue Fälle von Abrissbruch des Trochanter minor bei jugendlichen, kräftigen Individuen ohne Knochensystemerkrankungen beim Turnen entstanden (Laufen mit plötzlichem Halt in einem Fall). Nur in einem Fall Ludloff'sches Symptom (aktives Heben des gestreckten Beines aus horizontaler Lage unmöglich) vorhanden.



Therapie: Bettruhe, geschädigte Extremität in Beugung und Aussendrehung. Am 3. Tag Beginn m. Massage. Am 10. Aufstehen, am 23. Heilung. Spitzer-Manhold, Zürich.

Personalien und Notizen.

In Amsterdam hat sich Dr. H. Timmer als Privatdozent für Orthopädische Chirurgie habilitiert.

Istituto ortopedico Rizzoli in Bologna. Die Verwaltungs-Kommission — Präsident Giulio Zanardi — macht in der Gazetta Uffiziale Nr. 249 vom 17. Oktober 1914 bekannt, dass in anbetracht der augenblicklichen internationalen Verhältnisse beschlossen ist, den Termin für den Wettbewerb um den Preis Umberto I des Istituto Rizzoli, welcher auf den 31. Dezember 1914 festgesetzt war, bis zum 31. Dezember 1915 verlängert wird.

Sachregister.

Die **fett** gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.
Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

Acetabulum, Bruch des. 19, 434.
— Intrapelvine Vorwölbung des Bodens des. 434.
Achillotenotomie bei Plattfuss. 318.
Achondroplasie. 13.
Akromegalie, Operation bei. 231.
Albuminurie, orthotische, Beziehung der zur Tuberkulose. 9, 175.
Amputationen, angeborene. 316.
— Veränderungen des Blutbildes nach. 99.
Anästhesie, lokale. 179, 231.
Anastomosis sapheno-femoralis. 410.
Angiome, primäre der Muskeln. 399.
Apophysis coracoidea, Frakturen der. 157, 376, 406.
Appendicitis als Ursache einer Ischias. 127.
— und Skoliose. 257.
Arachnodaktylie. 305.
Arteria iliaca communis und externa, Zirkulationsstörungen nach Unterbindung der. 118.
Arteriosklerose, Massage bei. 249.
Arthrodese. 234.
— des Fussgelenks. 316.
— Lexersche am Sprunggelenk. 15, 16.
Ataxie, geheilte akute. 141, 340.
Atmungsorgane, Anomalien der als Ursache der Thorax- u. Wirbelsäulendeformitäten. 403.
Aussagen Unfallverletzter. 253.
Autolysatbehandlung maligner Tumoren. 232.

B.

Balkenstich. 232.
Ballen. 73.
Bauchbrüche, postoperative. 230.
Beckenbrüche. 19, 165, 200, 325, 434.
Beckenneigung, Entstehung übermässiger. 18.
Beckenverrenkungen. 434.
Bein, Muskeln des. 289 (Bz.).
Bercholin. 8.
Berufskrankheit oder Unfall. 340.
Bevölkerungsdichte und Rachitis. 98.
Bewegungsorgane, Berufs- und Unfallkrankheiten der. 288 (Bz.).
Blutbild, Veränderungen des nach Amputationen und Exartikulationen. 99.
Blutergelenk. 76, 110.
Bolusseife und -paste zur Händedesinfektion. 139.
Brachydaktylie, symmetrische. 116.
Brustdrüsenkrebs, Metastasen des. 12.



Brustwirbelsäule, Anomalie der unteren. 256.
Bursitis retrocalcanea. 126.

C.

Capitulum und collum radii, Brüche des. 304.
Charcotsche Krankheit. 30.
Cheilotomie. 24.
Chirurgie. 285 (Bz.), 286 (Bz.).
Chondrodystrophia foetalis. 166, 184, 326.
Chondrom der Schultergelenkkapsel. 405.
Chondromatose des Handgelenks. 75.
Coccygodynie. 256.
Collum flexum. 207.
Condylus medialis femoris, Verletzung des. 223.
Coxa valga. 161, 384.
— Subluxierte. 25.
Coxa vara. 26, 75, 87, 201, 223, 309.
Cysticercus der Muskulatur. 373.

D.

Dauerpräparate, Konservierung von in konzentrierter Zuckerlösung. 141, 400.
Daumen, angeborene Hypertrophie des. 279.
— Rheumatische Altersveränderungen am. 127.
— Plastischer Ersatz bei Defekt des. 381.
— Verbesserung der abnormen Stellung des. 306.
Delbetsche Operation. 410.
Diaphysenbrüche, Entstehung der. 235
Diathermie. 112, 126, 176, 177, 214, 295.
Difformitäten, symmetrische an Händen und Füssen. 317.
Diphtherieserum bei Erysipel. 178.
Distraktionsbehandlung der Frakturen. 166.
Dupuytrensche Kontraktur. 117, 197.
Dystrophia musculorum progressiva. 67.

E.

Eiterbecken mit Stiel. 250.
Ektrodaktylie. 317.
Elephantiasis. 182.
Ellenbogengelenk, Zugang zum. 378.
— Frakturen im. 277, 278.
— Verrenkung des. 234.
Endotheliom des Humerus. 83.
— der Bursa M. poplitei. 202.
Entbindungslähmung. 80, 276, 350.
— Knochenverletzungen bei. 237.
Entfettungskuren nach Bergonié 252, 298.
Enzytol. 8.
Epidurale Injektionen bei Ischias. 11.
Epiphysenknorpel, Einfluss operativer Eingriffe auf die. 427.
Epiphysenlösung. 312.
Erste Hilfe und Orthopädie. 323.
Erysipel, Diphtherieserum bei. 178.
Erziehung, körperliche des Kindes. 287. (Bz.)
Exartikulationen, Veränderungen des Blutbildes nach. 99.
Exostosen. 13, 86, 165, 186, 238, 326, 425.
— Kartilaginäre. 370, 425.
Extensionstisch für Hüftluxation. 280.
Extremitäten, Chirurgie der. 338 (Bz.)

F.

Fascia lata, freie Transplantation der. 265, 381.
Fazialislähmung, chirurgische Behandlung der. 166.
— Freie Faszienplastik bei. 183.
Faszienplastik bei Fazialislähmung. 183.
Faszienüberpflanzung. 100, 101, 265, 381.
Fechten, Einfluss des auf den Organismus. 172.
Fettleibigkeit, elektrische Gymnastik bei. 252, 298.
Fettransplantation, autolytische zur Neurolysis und Tendolysis. 395.
— in osteomyelitischen Knochenhöhlen. 273.
Fibrolysin. 177.
— Einspritzungen von bei chronischem Gelenkrheumatismus. 113.
Fibula, Behandlung des angeborenen Defektes der. 37.
— Brüche der. 163, 390.
— Brüche am unteren Ende der. 314.
— Luxation der nach vorn im Tibio-Fibulargelenk. 390.
— Transplantation der bei Humerussarkom. 83.
Fingerfraktur, Arthritis des Handgelenks nach. 75.
Fingergelenke, Ersatz der durch Zehengelenke. 226.
Fingerverletzungen. 197.
— Erkrankungen der Sehnenscheiden nach. 381
Fingerverrenkung. 159, 380.
Flachlandtherapie der chirurgischen Tuberkulose. 246.
Foerstersche Operation. 93, 94, 204, 205.



Frankesche Operation. 102.
Fremdkörper, Lokalisation der mittelst Röntgenstrahlen. 99, 372.
Fremdkörperzysten. 253.
Friedmannsches Tuberkuloseserum. 237, 292.
Friedreichsche Krankheit. 102.
Fuss, Stützpunkt des beim Gehen und Stehen. 41.
— Deformitäten des bei Tabes. 243.
Fussgelenk, Frakturen des. 41, 42.
— Arthrodese des. 316.
— Behandlung der Tuberkulose des. 125.
Fusschmerzen, Verhütung der. 46.

G.

Gangrän bei Herz- und Gefässkrankheiten. 193.
— Spontane an den Extremitäten 12.
Gaumenspalt. 83.
Gefässunterbindung vor Hüftgelenksexratikulation. 411.
Gelenke, Atrophie der. 100.
Gelenkentzündungen. 269.
— Aetiologie der chronischen. 188.
— Behandlung der. 111, 112.
— Behandlung chronischer mit Jodtinktur. 409.
Gelenkentzündung, deformierende 66, 89, 112, 230, 270.
— der Hüfte. 351, 385.
Gelenkerkrankungen, tabische. 190, 201, 229, 272.
— Differentialdiagnose chronischer. 66, 341.
— Physiotherapie der. 150, 151.
Gelenkextension. 296.
Gelenkkapselchondrom des Schultergelenks. 405.
Gelenkkörper, freie. 189, 232.
Gelenkmäuse. 66.
Gelenkplastik mittels Elfenbeinprothese. 158.
Gelenktransplantation. 226, 432.
Gelenktuberkulose, Behandlung eitriger fistulöser. 63.
Gelenkversteifung, vollständige knöcherne der Hand nach rheumatischer Arthritis. 362.
— Behandlung der. 78, 79, 80, 92, 123, 233, 235, 270, 293, 295.
Gelenkwinkelmesser. 14.
Genu valgum. 124, 162, 220, 316, 388.
— Angeborenes bei angeborener Luxation der Patella und der Hüfte. 49.
Geschwülste, multiple symmetrische. 89.
— Autolysatbehandlung bösartiger. 232.
Gipsverbände, Instrument zum Oeffnen der. 175.
Gehen, Stützpunkt des Fusses beim. 41.
Gehirngeschwülste, chirurgische Behandlung der. 258, 375.
Gonorrhoe, Knochenerkrankungen bei. 427.
— Vaccinebehandlung gon. Gelenkerkrankungen. 76, 92, 189, 293.
Granulationsgeschwülste. 85.
Gymnastik. 338.

H.

Hackenfusschuh. 209.
Hackenhohlfuss. 82.
Hallux valgus. 73.
Hallux valgus interphalangeus. 230.
Hallux varus. 74.
Halsrippen. 95, 96, 190, 229.
Hämatoporphyrosis ossium. 85.
Hammerzehen. 72, 73.
Hand, lorgnetteartige Verkrümmung der bei Arthritis deformans. 89.
— Künstliche. 175.
Händedesinfektion. 139.
Handgelenk, Arthritis des nach Fingerfraktur. 75.
— Knöcherne Ankylosierung des nach rheumatischer Arthritis. 362.
— Frakturen am. 279.
— Luxationen im. 351.
— Spontane Luxation und Subluxation im. 305.
— Verstauchung des. 207.
Handmuskeln, angeborener Defekt der. 198.
Handschutz bei eitrigen Operationen. 139.
Handwurzelbrüche. 86.
Handwurzelknochen, Subluxation der. 207, 208.
Hasenscharte. 83.
Hautdesinfektion. 251.
Hauttransplantation. 208, 349.
— Schicksal des homöoplastisch transplantierten Hautlappens. 396.
— Freiluftbehandlung nach. 178.
Hebellehne, zweiarmige. 249, 323.
Heftpflastergipsverband bei Klumpfuss. 164.
Heilgymnasten in Schweden und Deutschland. 393.
Heilgymnastik. 173.
— Wirkung der auf die Blutzirkulation. 299.
Heissluftapparate, improvisierte. 138.
Heissluftbehandlung bei Fussgeschwüren. 163.
— bei granulierenden Wunden. 139, 177.
Heliotherapie. 62, 106, 142, 167, 220, 238, 269 (Bz.), 290, 291, 343, 348, 391.



Heliotherapie bei Verbrennungen. 61.
Hemiplegie, konjugierte Bewegungen bei. 243.
Herpes zoster, Periarthritis rheumatica nach. 243.
Hinken, intermittierendes. 88.
— und Plattfuss. 45.
Höhenluft, Einfluss der auf die Muskelkraft. 242.
Höhensonne, künstliche. 141.
Hohlfuss. 47.
Hornbolzung. 67.
Hornhautläsionen nach Narkosen. 139.
Hydatidenzysten der Knochen. 14, 65.
Hydrarthros. 243.
Hydrokephalus, Drainage nach der Bauchhöhle bei. 231.
Hüfte, Behandlung der Flexionskontrakturen der. 76.
Hüftgelenk, Arthrodese des. 25.
— Brüche im. 435.
— Erkrankungen des als Begleiterscheinungen bei Leiden der Viszeralorgane. 408.
— Differentialdiagnose zwischen Ischias und Erkrankungen des. 11, 71.
Hüftgelenksankylose, Mobilisierung der. 79.
Hüftgelenksentzündung, rheumatische. 72.
Hüftgelenksentzündung, tuberkulöse. 24, 119, 207, 245, 386.
— Entstehung der Kontraktur bei. 160.
— Intrarektale Ruptur eines Eitersackes bei. 24.
— Luxation bei. 225, 280, 385,
— Behandlung der. 108, 118, 310, 353, 444.
Hüftgelenksexartikulation, Gefässunterbindung vor. 411.
Hüftgelenkskontraktur, Operation bei H. nach Poliomyelitis. 184.
Hüftgelenksverrenkung, traumatische. 165, 207, 325, 353, 383, 438.
Hüftgelenksverrenkung, angeborene. 21 ff., 161, 167, 201, 224, 326, 411, 413 ff.
— bei angeborenem Genu valgum und angeborener Luxation der Patella. 49.
— Reponierte bei Mongolismus. 76.
— Behandlung der. 78, 119, 166, 307, 308, 321, 384, 412, 417, 433.
Hypermelie. 57 (Bz.)
Hypertrophie, angeborene einer Unterextremität. 20.
Hyperthyreoidie und Skoliose. 403.
Hysterie, hyst. Kontrakturen. 181.

I.

Inaktivitätsatrophie der Knochen, zeitlicher Eintritt der. 371.
Ischämische Kontraktur. 236.
Ischias. 102, 199, 236, 352, 382.
— I. scoliotica. 257, 383.
— infolge von Appendicitis. 127.
— Differentialdiagnose zwischen Hüftgelenkserkrankungen und. 11, 71.
— Behandlung der. 260.
— Injektionsbehandlung bei. 166.
— Epidurale Injektionen bei. 11.

J.

Joddesinfektion, Gefahr der Jodintoxikation bei. 138.
Jodoformparaffin bei granulierenden Wunden und Senkungsabszessen. 212.
Jodtinktur bei Gelenkerkrankungen. 409.

K.

Kalkaneus, Bruch des. 42, 392.
— Osteitis am. 43.
Kalkaneussporn. 43, 319.
Kallusbildungen, osteomalazische. 370.
Keritherapie. 252.
Kinderlähmung, spinale. 10, 68, 81, 87, 88, 141, 180, 181, 260 ff., 300, 321, 339, 350.
— Anzeigepflicht bei. 358.
— Operation bei Hüftkontrakturen nach. 184.
— Korrektur kontrahierter Oberschenkelmuskeln bei. 409.
Kinderlähmung, zerebrale. 87, 168, 246, 264, 327, 339.
— Gehstütze für. 306.
Kineplastik. 106.
Kinesitherapie. 93.
Klauenhohlfuss. 47, 48.
Klauenzehen. 72.
Kleisterverbände bei Unterschenkelgeschwüren. 203.
Klumpfuss, Behandlung des. 47, 128, 164, 166, 204, 218, 242, 288, 324, 356, 423, 437.
— Verwendung frei transplantierter Sehnen in der Behandlung des. 392.
Klumpfusswiderstandsapparate, primitive. 54.
Kniegelenk, komplizierter Bruch des. 165.
— Verletzungen des. 31, 32, 33, 165, 202, 232, 278, 313, 314, 326, 354, 355.
— Inzision des tuberkulösen. 16.
— Gelenkplastik bei Ankylose des. 160.
Kniegelenksentzündung als Begleiterscheinungen bei Leiden der Viszeralorgane. 408.



Kniegelenkstuberkulose. 31, 32, 35, 122, 222, 245, 310, 388, 389.
Kniegelenksverrenkung, angeborene. 35, 36.
Kniegelenksversteifung, Behandlung der. 34, 160, 221, 246, 389.
Knöchelbrüche. 45, 315, 356.
Knochen, überzählige des Tarsus. 219, 391.
— Gonorrhoische Erkrankungen der. 427.
— Bedeutung der einzelnen Komponenten des Knochengewebes bei der Regeneration und Transplantation von. 397.
Knochenatrophie, Eintritt der durch Inaktivität bedingten. 371.
Knochenbolzung. 67, 78, 80.
Knochenbrüche. 82, 85, 88, 150, 245, 288 (Bz.), 322, 348, 349, 398, 399.
— Distraktionsbehandlung der. 166.
Knochenhöhle, plastischer Verschluss einer. 14.
— unter dem Bilde einer Geschwulst. 327.
Knochenmark, chronische granulierende Entzündungen des. 273.
Knochenplastik bei Pseudarthrose. 281.
Knochenplomben. 245.
Knochensyphilis, hereditäre. 208, 427.
Knochensystem, Krankheiten des im Kindesalter. 288 (Bz.).
Knochentransplantation. 85, 91, 103, 104, 208, 237, 350, 397, 406, 420, 422.
Knochenzysten. 65, 66, 75, 83, 84, 87, 127, 167, 186, 201, 271, 272, 370.
Köhlersche Krankheit. 14, 91, 274.
Kohleverband. 400.
Kontrakturen. 93, 183.
— Hysterische. 181.
— Ischämische. 236.
Kraniotabes. 190.
Krüppelheim in Altona. 393.
Krüppelfürsorge. 357 ff.
— Bekämpfung der Rachitis und. 99.
Kupferbehandlung bei innerer und äusserer Tuberkulose. 369.

L.

Lähmungen, das phylogenetische Moment bei den spastischen. 394.
— Zerebrale postdiphtherische. 68.
— Verhalten der Muskeln bei. 424.
— Behandlung spondylitischer. 191.
— Laminektomie bei spondylitischer. 238.
— Behandlung der spastischen. 84, 94, 263, 319.
Laminektomie bei spondylitischer Lähmung. 238.
Lendenwirbelsäule, Luxation der 375.
Lepra, Frühdiagnose der mittels Röntgenstrahlen. 9.
— Wundheilung bei. 61.
— Chirurgische Behandlung der. 68, 142, 341.
Leukämie unter dem Bilde der Wirbelkaries. 255.
Lichtbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose 7, 107, 145.
Ligamenta cruciata des Kniegelenks, Verletzungen der. 33.
Ligamentum patellae, eine typische Erkrankung des. 361.
— Risse des. 29.
Lipom, periostales des Femur. 28.
Lokalanästhesie. 179, 231.
Lumbalskoliose, angeborene. 349.
Luxatio femoris centralis. 167, 224, 327, 383.
Luxatio pedis sub talo. 45.
Lymphdrüsen, Entstehen und Verschwinden der. 253.

M.

Madurafuss. 126.
Malum perforans pedis. 219.
— Heissluftbehandlung des. 163, 391.
Massage bei Arteriosklerose. 249.
Meningitis purulenta, chirurgische Behandlung der. 232
Meniskusverletzungen. 33, 36, 123.
Mesbé. 266.
Metatarsus, Brüche und Verlagerung des 44.
Michelsche Klammern. 251.
Mikromelie. 193.
Missbildungen. 163, 267, 268, 351.
Modellierstuhl, Schanzscher. 382.
Mongolismus, reponierte Hüftgelenksverrenkung bei. 76.
Morphium, Gefährlichkeit der Kombination des mit allgemeiner Narkose. 138.
Muskelangiome, primäre. 399.
Muskelatrophie. 100.
— Familiäre spinale 183.
— Progressive syphilitische. 142. 373.
Muskeltransplantation. 206, 239, 261, 349.
Myatonia congenita. 265.
Myelitis metatyphica. 95.
Myositis ossificans. 12, 164, 265, 325, 426.

N.

Nadelhalter, Sperrschlusszange als. 174.
Nagelextension. 14. 92, 159, 222, 227, 234, 275, 297, 298, 382, 387.



Narkose, Hornhautläsionen nach. 139.
Nasenplastik. 230.
Nervenchirurgie. 195, 339.
Nerveneinpflanzung in den Muskel. 233.
Nervenlähmungen, traumatische periphere. 68.
Nervenlepra, Chirurgie der. 68.
Nervenplastik. 103, 239.
Nervus obturatorius, intrapelvine extraperitoneale Resektion des. 410.
Nervus phrenicus, Lähmung des nach Plexusanästhesie. 86.
Nervus ulnaris, Verletzung des. 378.
— Traumatische Lähmung des. 158.
— Lähmung des nach Bruch des Condylus externus humeri. 127.
Neuritis brachialis. 431.
— infolge von Rippenperiostitis. 277.
Neuritis suprascapularis, Behandlung der. 431.
Neurolyse. 75.
Neuroma plexiforme. 399.
Noviform. 251.

O.

Oberarm, Subluxation des. 166.
— Subluxation des infolge Lähmung des Schultergelenks. 326.
Oberarmbrüche. 226, 227, 244.
— Gelenkautoplastik bei Fractura humeri supracondylica. 432.
Oberschenkel, angeborene Verkürzung des. 307.
— Erkrankung der Apophyse des. 205.
Oberschenkelbrüche. 27, 28, 29, 120, 121, 202, 311, 354.
Oberschenkelmuskeln, Korrektur kontrahierter bei Poliomyelitis. 409.
Oedem, traumatisches. 97.
Ohren, Knorpelfaltung bei abstehenden. 190.
Orthodontie. 394.
Orthopädie im Sanatorium. 179.
— 284 (Bz.).
— Entwicklung der. 89.
Orthopädische Chirurgie. 170 (Bz.), 179, 285 (Bz.).
Os acromiale secundarium. 377.
— Ostitis des. 77.
Os lunatum, traumatische Ernährungsstörung des. 379.
— Fraktur des. 305.
Os naviculare manus, Bruch des. 116, 305.
Os naviculare pedis, Erkrankungen des. 229.
Os tibiale externum und Tarsalgie. 128, 318.
Osteitis fibrosa und hereditäre Syphilis. 149, 370.
Osteitis fibrosa cystica. 352.
Osteochondritis deformans juvenilis. 230.
Osteomalazie. 91, 92, 186, 274.
Osteomyelitis. 64, 65, 148, 149, 234, 242, 379, 425, 426, 427.
— der Clavicula. 195.
— der Kniescheibe. 353.
— der Scapula. 115.
— Akute des Schambeins. 20.
— Radiographie der. 371.
— Fettransplantation in osteom. Knochenhöhlen. 273.
Osteophysen. 13.
Osteoplastik. 64, 296.
Osteopsathyrosis. 167, 185, 272, 327, 370.
Osteosynthese. 421, 422.
Osteotomie. 387.
Othämatom, Knorpelfaltung bei. 190.

P.

Pagetsche Krankheit. 314.
Paraplegie, spastische hereditär-syphilitische. 409.
— Behandlung der spastischen. 94.
Patella, Anlage zu einer zweiten. 81.
— Osteomyelitis der. 353.
— Brüche der. 30, 81, 187, 207, 244, 245, 354.
— Angeborene Verrenkung der. 30.
— Angeborene Luxation der Hüfte und der mit angeborenem Genu valgum. 49.
Pektoralisdefekt, einseitiger angeborener. 169.
Periarthritis humeroscapularis. 91.
Periarthritis rheumatica nach Herpes zoster. 243.
Periostale Dysplasie, intrauterine. 274.
Periostitis, traumatische der Lumbosakralwirbel. 155, 375.
Peroneuskontraktur bei Plattfuss. 46.
Peroneuslähmung, infektiöse. 203.
Pes adductus congenitus. 329.
Pes metatarsus supinatus. 76.
Phalangen, Ersatz der. 40.
Phalangenaustausch bei Riesenzellensarkom. 118.
Phylacogen bei Rheumatismus. 151, 386.
Physik, medizinische. 6 (Bz.).
Physiotherapie der Gelenkkrankheiten. 150, 151, 342.
Plattfuss. 215, 216, 318, 324.
— bei Dysbasia arteriosclerotica. 45.
— die aktiven Korrektionserscheinungen des. 329.
— Militärärztliche Beurteilung des. 215,
— Behandlung des. 46, 82, 166, 204, 217, 241.

Plattfuss, Diathermiebehandlung des. 126.
Plattfusseinlagen, Wirkung der auf die Fusstraktur. 82.
Plattfusswiderstandsapparate, primitive. 54.
Plexusanästhesie. 157, 227, 277, 377.
— Phrenicuslähmung nach. 86.
Plexus brachialis, traumatische Lähmung des. 96.
— Lähmung des bei Schulterverrenkung. 350.
Plexuspfropfung. 407.
Polydaktylie. 127, 199, 379.
Pottsche Krankheit, Behandlung der. 113, 208, 255.
Processus styloideus ulnae, Deformität des. 158.
Prothesen, Erhöhung der Erwerbsfähigkeit Verstümmelter durch. 250, 363.
Pseudarthrose, angeborene der Unterschenkelknochen. 244.
— Knochenplastik bei. 281.
Pseudarthrosis colli femoris, Behandlung der. 121, 128.
Pseudorückenmarkstumor. 168, 328.
Psoriasis, Hoden- und Schilddrüsenpräparate bei. 89.

Q.

Quadricepssehne, Risse der. 29.

R.

Rachitis, Verletzbarkeit schnell wachsender Zellen bei. 236, 322.
— Kontagiosität der bei Tieren. 272.
— und Bevölkerungsdichte. 98.
— und Thoraxentwicklung. 69.
— Behandlung rach. Deformitäten. 62.
— Bekämpfung der und Krüppelfürsorge. 99.
Radiumbehandlung. 252, 289.
Radius curvus. 226.
Rheumatismus, vollständige knöcherne Ankylosierung des rechten Handgelenks nach 362.
Rheumatismus, Fibrolysin bei chronischem. 113.
— Kolloidaler Schwefel bei chronischem. 242.
— Hoden- und Schilddrüsenpräparate bei. 89.
— Intravenöse Behandlung des. 184.
Rheumatismus nodosus. 254.
Rheumatismus tuberculosus. 189, 269.
— Ankylosierender. 152, 342.
Rheumatismusphylacogen. 151, 386.
Riesenwuchs. 61, 306.
Rippe, Periostitis der als Ursache einer Neuritis brachialis. 277.
Rippenknorpelnekrose, metastatische. 406.
Röntgenbehandlung. 99, 268, 287 (Bz.), 289 (Bz.), 338 (Bz.), 347, 369.
— bei chirurgischer Tuberkulose. 148.
Röntgenstrahlen. 175, 269, 371, 372.
— Wachstumsreiz der. 140.
— Bedeutung der für die Syphilis hereditaria tarda der Knochen. 427.
Röntgentaschenbuch. 287 (Bz.).
Rückenmarksgeschwülste, Pseudo-R. 168, 328.
— Chirurgie der. 156, 253, 375.
Rudertraining. 178.

S.

Sarkom des Femur. 35, 353.
— Periostales der Fibula. 38.
— des Humerus. 83, 96, 432.
— der Scapula. 115, 195, 245.
— der Tibia. 208.
— nach Trauma. 300.
Scapula scaphoidea. 71.
Schädelplastik aus der Scapula. 84.
Schambein, akute Osteomyelitis des. 20.
Schenkelhals, Atrophie des infolge von Osteomyelitis. 310.
Schenkelhals und -Kopf, Fehlen des. 23.
Schenkelhalsbrüche. 26, 27, 82. 241, 310, 311, 320, 321, 435.
— Intrakapsuläre. 435.
Schiefhals. 254, 349, 373.
— Okulärer. 165, 326.
— Ossärer. 75.
Schlattersche Krankheit. 81, 124.
Schleimbeutel, Tuberkulose der in der Hüftgegend. 225, 374.
Schlüsselbeinbrüche, Behandlung der. 17, 156, 406.
Schnellende Hüfte. 23, 79. 241, 353.
Schnellendes Knie. 162, 387.
Schulterarmlähmung, Erbsche. 196.
Schulterblatt, Bruch des axillären Randes des. 275.
Schulterblatthochstand. 75, 96, 404.
Schulterverrenkung. 276, 350, 405.
— Seltene Form der. 116.
— Luxatio humeri cum fractura capitis. 376.
— Operation der habituellen. 81, 244, 404.
Schwefel, kolloidaler bei Gelenkrheumatismus. 242.
Sehnenscheiden, Erkrankungen der nach Fingerverletzungen. 381.
— Pseudoneoplastische Tuberkulose der. 101, 102.
Sehnenverletzungen an der Hand. 279.
— Reparation der. 423.
Sehnenverpflanzung. 67, 83, 87, 115, 238, 239, 392, 395, 396, 423.



Senkungsabszesse, Jodoformparaffin bei. 212.
Serratuslähmung. 88.
Shock. 259.
Skelett, Anomalien des. 90.
— Einfluss der Veränderungen des. 64.
Skapularkrachen. 304.
Sklerose, multiple. 181, 182.
Skoliose. 257, 300, 301, 400 ff., 428.
— Behandlung der. 70, 152 ff., 192, 193, 238, 239, 240, 258, 259, 302, 325, 339, 374, 428 ff.
— Behandlung beweglicher oder beweglich gemachter. 1.
— Ausnützung der respiratorischen Kräfte in der Behandlung der. 16.
Skoliosis ischiadica. 257, 383.
Soolbäder. 7.
— bei chirurgischer Tuberkulose. 246.
Sperrschlusszange als Nadelhalter. 174.
Spina bifida. 14, 229, 235, 256.
Spitzfuss, Federschiene zur Beseitigung des. 57.
Spondylarthritis gonorrhoica. 156,
Spondylitis tuberculosa. 114, 255. 303.
— Klinisch latente. 237.
Spondylitis typhica. 255.
Spontanfraktur infolge von Knochenzyste. 127.
— und Ueberanstrengungsperiostitis im Heere. 187.
— Syphilitische. 186, 369.
Stehen, Stützpunkt des Fusses beim. 41.
Sternoklavikulare Luxation, angeborene. 276.
Stoffelsche Operation. 81, 83, 103, 180, 237.
Streck- und Lagerungsvorrichtung für Knochenbrüche. 175.
Syndaktylie. 198, 225, 379.
Synostose, angeborene der Vorderarmknochen. 196, 247, 378.
Syphilis, in der Aetiologie der Osteitis fibrosa. 149, 370.
Syphilis hereditaria tarda der Röhrenknochen. 208, 427.
Syringomyelie. 95.
— Erkrankung der unteren Extremitäten bei. 356.

T.

Tabes, Fussdeformitäten bei. 243.
Talonavikulargelenk, Luxation im. 42, 315.
Talus, Brüche am. 44.
Tarsalgie und Os tibiale externum. 128, 318.
Tarsus, überzählige Knochen des. 219, 391.
Tendovaginitis, gonorrhoische. 142.
— Stenosierende. 75.
Thorax, Defekte am. 75.
— Entwicklung des und Rachitis. 69.
Thymolalkohol zur Hautdesinfektion. 251.
Tibia, Brüche am unteren Ende der. 314.
Tibiapseudarthrose, Behandlung der. 37.
Transplantationen. 62.
Traumatische Neurosen. 141, 340.
Trochanter major und minor, isolierte Brüche des. 26, 435.
Trophödem des Beins. 20, 95.
Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurgischer Tuberkulose. 267.
Tuberkulin Rosenbach. 8, 265, 266, 292, 368.
Tuberkulose, Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur. 9, 175.
— Chemotherapie der. 8.
Tuberkulose, chirurgische. 76. 110, 207.
— Behandlung der. 63, 64, 90, 106, 107, 108, 114, 125, 142 ff., 150, 151, 246, 265, 266, 289 ff., 342 ff., 348, 368, 369.
— Lichtbehandlung der. 7.
Tuberositas tibiae, Abreissungsfraktur der. 37, 124.
Turnkurse, orthopädische. 286 (Bz.).
Typhus, Myelitis nach. 95.

U.

Ueberanstrengungsperiostitis und Spontanfrakturen im Heere. 187.
Ueberbeine, Einspritzung von Jodtinktur in. 226.
Uebungsbehandlung. 174.
Unfallverletzte, Heilverfahren während der Wartezeit der. 178.
— Psychologie der Aussagen der. 253
Unterschenkelgeschwüre, Kleisterverband bei. 203.
— Behandlung der. 125.

V.

Vaccinebehandlung bei gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelerkrankungen. 76, 92, 189, 293.
Varizen, Behandlung der. 125, 306.
Venenthrombose, traumatische. 194.
Verbrennungen, Heliotherapie bei. 61.
Verstauchung, experimentelle am Vorderarm. 228.
Verstümmelte, Erhöhung der Erwerbsfähigkeit der durch Prothesen. 250, 368.
Vertebratenhypermelie. 57 (Bz.).
Volkmannsche Sprunggelenkdeformität. 206, 243, 315.
Vorderarmsynostose, angeborene. 196, 247, 378.

W.

Wachstumsreiz der Röntgenstrahlen. 140.
Weichteilschussverletzungen. 61.
Wirbelgeschwülste, Chirurgie der. 156.
Wirbelkaries, vorgetäuscht von akuter Leukämie. 255.
Wirbelkörper, diagnostische Anbohrung der. 77.
Wirbelquerfortsätze, isolierte Brüche der. 374.
Wirbelsäule, Schussverletzung der. 257.
Wirbelsäulenabszesse. 71.
Wirbelsäulenversteifung. 192.
Wirbeltuberkulose, klinisch latente. 237.
Wirbelverletzungen. 231.
Wunden, granulierende, Jodoformparaffin bei. 212.
— Heissluftdusche bei. 139, 177.

Z.

Zehen, Missbildungen der. 74.
— Verletzungen und traumatische Erkrankungen der. 38.
Zellen, Verletzbarkeit schnell wachsender. 236, 322.
Zelluloidtechnik. 4.
Zucker, Wundbehandlung mit. 6, 400.
Zuckerlösung, Konservierung von Dauerpräparaten in. 141, 400.
Zwerchfellähmung bei Dystrophia musculorum progressiva. 67.

Namenregister.

A.

Abbot 192, 428.
Adda 95.
Ahrends 358.
Aimes 61, 355.
Alamartine 244.
Alapy 222, 389.
Albee 237.
Alessandri 103, 420.
Allison 33.
Alsberg 241.
Alvarez 325.
Andrea 110.
Andreini 423.
Anschütz 231.
Anzilotti 423.
Anzoletti 418.
Arndt 234.
Ascher 8.
van Assen 324.
Axhausen 230, 232, 270.

B.

Babinski 243.
Babitzki 157.
Bachmann 79.
Bade 191, 235, 242, 385.
Badin 317, 428.
Badolle 274.
v. Baeyer 296.
Bähr 313, 361, 392.
Bailleul 74.
Baisch 289.
Ball 24.
Bankart 21, 141, 339.
Bardin 65.
Barth 232.
Barthe de Sandfort 252.
Baruch 85.
Bassetta 81.
Battle 257.
Bauer 234.
Baum 77, 194, 305.
Baumgartner 92.
Baviera 102.
Bayeux 242.
Beck 8, 292.
Becker 225, 374.
Benon 141, 340.
Bérard 351, 353, 355.
Berg 84.
Bergeat 177.
v. Bergmann 66.
Bernhard 167.
Bertein 356, 427.
Bertrand 353.
Betke 304.
Bibergeil 75, 76, 235, 288.
Bichler 61.
Biesalski 54, 75, 84, 205, 236, 239, 263, 357.
Biesenberger 306.
Bigler 306.
Bilhaut 251, 255, 259, 275, 311, 374,
Billet 162, 378, 387.
Binet 226.
Binnay 29.
Bischoff 271, 272.
Bize 274.
Blanc 245, 435.
Blanc-Perducé 272.
Blankle 426.
Blecher 123.
Blencke 167, 286, 326, 360.
Bles 274.
Bley 175.
Bloch, E. J. 82
Böcker 21, 310.
Boehnke 224, 383.
Bogoras 35.
Böhm 62, 237, 238.
Bolognesi 395, 425.
Bonnaire 350.
Bonnamour 92, 274.
Borchard 231.
Borelius 296.
Bose 261.
Bouttier 243.
Brandenstein 45.
Brandes 78, 230, 267, 311, 371.
Braunwarth 67.
Brehm 66.
Broca 149, 274, 286, 368, 371.
Broeg 221.
Brückner 71.
Brüning 139, 400.
Bruno 260.
Bruns 285.
Brutzer 219.
Bülow-Hansen 83.
Bundschuh 103.
Burckhardt 305.
van den Bussche 254.
Busse 141.

C.

Caesar 276.
Cahen 227, 376.
Cantrainne 409.
Carmichael 182.
Castaing 137, 338.
Cathcart 150, 382.
Cazal 13
Chalier 256.
Champel 353.
Champtassin 137, 338.
Chaput 41, 246, 279, 315, 351.
Charbonnel 270.

Charrier 36.
Chatelin 95.
Chauvin 355.
Chevrier 208.
Chiari 200.
Chifoliau 242.
Chlumsky 266.
Christen 226, 235, 275, 288.
Chrysopathes 206.
Cilley 46.
Cinquemani 115.
Cipollino 116.
Clément 244.
Clermont 42.
Cokenover 269.
Comisso 32.
Comparato 116.
Cones 44.
Coon 155, 375.
Cotte 272.
Cotton 435.
Coudray 23.
Courtney 265.
Couvert 244.
Cramer 34, 47, 114, 235.
Crouzon 95, 96.
Crowe 189.
Cuneo 246, 423.

D.

Dalché 243.
Davis 261.
Dax 314.
Decker 375.
Dedet 163, 390.
Degenhardt 186.
Déjérine 350, 352.
Delapchier 257.
Delbet 128, 208, 245.
Delcourt 272.
Delearde 409.
Dellitala 119, 414.
Delore 245, 353, 355.
Dentu 353.
Denucé 92, 257, 383.
Derscheid-Delcourt 224, 384.
Descarpentries 159, 380
Desmarets 94.
Dessauer 289.
Destot 207.
Deutsch 181.
Deutschländer 85, 236, 242.
Diel 160, 389.
Dijonneau 403.
Drehmann 48 (P.)
Dubois 348, 356.
Ducroquet 81.
Duguet 354.
Duncker 239, 329.
Dunn 46.
Dupuy de Frenelle 150.
Durand 207, 349.
Durante 422.
Duval-Ombredanne 82.
Dynkin 68.

E.

Eaton 265.
Eden 395.
Edmond 43.
Ehringhaus 75, 76.
v. Eiselsberg 253.
Elmslie 151, 309, 341.
Els 122, 318.
Elsässer 266.
Elsner 402.
Enderlen 168, 327.
Engelmann 166, 167, 201, 301, 326, 327.
Enriquez 127.
Erlacher 152, 233, 238, 239, 429.
Erskine 151, 386.
Estor 273, 317, 433.
Etienne 273.
Ewald 223, 374, 426, 434.
Ewart 409.

F.

Falk, E. 229.
Faure 93, 94.
Fayol 355.
Felicitas 291.
Felten-Stolzenberg 291.
Ferran 356.
Feutelais 257.
Finck 237.
Fischer, O. 6.
Foerster, O. 174, 394.
Foerster, R. 253.
Forbes 72.
Français 274.
de Francesco 106.
Francini 123.
Frangenheim 87, 288.
Frank 340.
Frankau 255.
Fränkel, E. 85.
Fränkel, J. 18, 218, 240.
Fränkel, M. 289.
Franz 61.
Frattin 16.
French 277.
Frenkel-Tissot 379.
Freund, H. 148.
Frey 314.
Friedrich, W. 169, 236, 281.
Froelich 219, 238, 354, 391
Frohse 289.
Fürstenheim 357.

G.

Galeazzi 34, 119, 412, 419, 422.
Galliard 92.
Gangolphe 207, 433.
Gantier 243.
Garré 108, 285.
Gasne 310.
Gatellier 30.
Gaudier 356.
Gauvain 393.
Geipel 373.
Georg 6.
Gerulanos 206, 233.
Gerster 14.
Ghillini 434.
Giani 397.
Giertz 265, 381.
Giorgi 116.
Girard 350.
Gironi 113.
Glaessner 285.
Göbell 77, 226, 231, 233.
Gocht 234.
Goebel, W. 40, 42.
Goetjes 83.
Golianizki 411.
Goodhue 142, 341.
Görlitz 165, 326.
Gould 252.
Gourdon 276, 408.
Grace 431.
Graessner 229.
Grall 260.
Grammitzky 293.
Grashey 91, 229.
Greiffenhagen 67.
Grisel 259, 278.
Grob 228.
Groves 187, 398.
Grünberg 394.
Guénez 354.
Guillain 243, 348, 356.
Gumbel 204.
Gundermann 256.
Günzburg 199.
Guradze 166.
Gutmann 127.
Gutzeit 230.
Guye 62.

H.

Haakhorst 195.
v. Haberer 232.
Habs 86.
Hackenbruck 166, 399.
Hagemann 145, 405.
Hall 179.
Hallstedt 231.
Hamant 148, 256, 379.
Handley 24.
Harris 431.



Härtel 227, 232, 377.
Hartmann 300.
Hartwig 369.
Hartbecker 406.
Hass 268.
v. Hattingberg 182.
Haudeck 167, 327.
Haun 202.
Hauser 358.
Havenstein 188.
Haynes 197.
Hecker 165, 325.
Heile 166, 231.
Heinecke 233, 240.
Heinemann 434.
Heinlein 220.
Hermann 354.
Hertzell 306.
Hesse 37, 233.
Heymann 286.
Hildebrandt 232.
Hilgenreiner 314.
Hinterstoisser 61.
Hirsch 75, 165, 328, 404.
Hoeftmann 250.
Hoffmann, Ph., 72, 231.
Hohmann 180, 287.
Hohmeier 231, 232.
Hoke 218.
Hollensen 74.
Holmgren 83.
v. Holst 99.
Horak 197.
Horand 23.
Horsburgh 38.
Horvath 22.
Hubbard 12.
Hughes 20, 278.
Hurtado 99, 121.

I.

Imbert 244, 435.

J.

Jabouley 222, 388.
Jackowski 243.
Jackson 24.
Jacob 12, 354.
Jacquet 96.
Janaszek 29.
Jansen 13, 17, 183, 236, 322.
Janu 62.
Japlot 207.
Jensen 19, 83.
Joachimsthal 75, 129 (P.), 154, 247, 431.
Jollon 312.
Jones 178.
Jorge 115, 406.
Jouon 28.
Judet 26.
Jumentié 96.
Jung 26, 35.
Jüngling 138.

K.

Käfer 156.
Kahler 186.
Katzenstein 233, 407.
Kausch 241.
Kautak 297.
Keating-Hart 96.
Keller 73, 246.
Kent 28.
Keppler 227, 377.
Key 83.
v. Khautz 127, 195.
King 66.
Kirchberg 249.
Kirmisson 74, 88, 221, 315, 389,
Kirmsee 359.
Kirschner 100.
Klapp 165, 231, 328.
Klar 166, 326, 351, 362.
Klemm 65.
Klopfer 312.
Klose 185, 272, 370, 390.
Kofmann 106, 261.
Koga 12.
Köhler 14, 229, 251, 400.
Kolliker 75, 81, 387.
König 88, 90, 158, 230.
Kopecky 177.
Kostlióy 410.
Kouindjy 93.
Kraus 193.
Krause, F. 286.
Krebs 350.
Kruckenberg 238.
Kufajeff 7.
Kuiper 321.
Kutscher 139.
Küttner 62, 84, 230, 285.

L.

Laan 262.
Labbé 252.
Lallement 370.
Lam 242.
Lampadarius 300.
Lamy 239, 307, 317.
Lance 22, 25, 70, 120, 124, 161, 216, 225, 308, 384, 385.
Landois 85.
Langbein 11.
de Lange, C. 10.
Lange, F. 168 (P.), 285, 301, 396.
Lange (Strassburg) 360.
Lanzinger 189.
Lapinsky 408.
Laquerrière 90.
Laroquette 96.
Laroyenne 207
Laubenheimer 292.
Legrand 354.
Lehmann, A. 181.
Lehrnbecher 173.
Lenormant 351.
Leonhard 114.
Léopold-Lévi 89.
Lerda 225.
Léri 89, 127, 142, 201, 373.
Leriche 349.
Lerouge 142, 373.
Leuba 220, 391.
Lévy 95.
Lewy 164.
Lichtenstein 265, 368.
Lilienfeld 377.
de Liri 117.
Little 94, 264.
Loaec 74.
Loeffler 212.
Loening 88, 127.
Loepp 224, 383.
Loett 100.
Löfberg 82.
Löhe 68.
Long 350.
v. Loon 300.
Looser 215.
Lop 126.
v. Lorentz 175.
Lorenz 121, 249, 320, 322, 323.
Lossen 232.
Lovett 193, 428.
Löwy, P. 88, 180.
Lubinus 137, 393.
Lucas-Championnière 128.
Ludloff 48 (P.), 85, 168 (P.).
Luftmann 196.
Lund 29.
Lunghetti 116.
Luquet 163, 390.
Luxembourg 68.

M.

Maass 76, 196, 241, 247 378.
Machow 13.
Maget 257.
Magnus 80, 141, 227, 232, 242, 269, 382, 400.
Magruder 181.
Mahar 368.
v. Manteuffel 66.
Maragliano 424.
Marcovici 172.
Marcuse 178.

Marie 89, 95, 127, 243.
Marquis-Chaput 246.
Marshall 318.
de Martel 259, 339.
Martin 202.
Massabuan 356.
Massary 351.
Masson 81.
Mau 267.
Mauctaire 91, 245, 354.
Mautner 186.
May 31.
Mayer 238, 288, 397.
Mayerhofer 167, 185. 193, 327.
Meaux-Saint-Marc 208.
Mehler 8.
Meige 95.
Meisenbach 43.
Ménard 90, 147, 152, 342, 346.
Merrill 73.
Metcalf 73.
Meyer, J. 306.
Michaelis 238.
Michel 222, 244, 245, 387.
Miginiac 158, 378.
Milatz 323.
Miller, Th. 9.
Miloz 249.
Miramond 96
Mohr 89.
Moiroud 354.
Molineus 162, 388.
Mollenhauer 97, 382.
Momburg 41.
Monsaingeon 404.
Morley 265.
Morton 23.
Mosenthrin 425.
Moslener 199.
Mouchet 127, 208, 318, 350, 353.
Mouchet-Lannay 128.
Mouzon 350.
Muller 356.
Müller, E. 10, 31, 47, 64, 75, 189, 217, 240, 241.
Müller, W. 230.
Muskat 126, 214, 231, 240.
Mutel 226, 271, 370.

N.

Natzler 44.
Nebesky 198.
Nicoletti 111, 419, 421.
Niosi 110.
Nové-Josserand 222, 244, 387.
Nussbaum 118, 316.

O.

Oberst 63, 179.
Oeconomos 356.
Oehlecker 232.
Ogilvy 179.
Ollino 102.
Ombrédanne 208, 267, 280, 303.
Onano 11.
Openshaw 94.
Orestano 398.
Oser 234.
Osgood 16, 46, 215.
Oshima 396.
Ott 341.
Oudard 81, 245.

P.

Page 279.
Painter 64.
Pakowski 226.
Pancoast 19.
de Paola 116.
Parker 196.
Paskert 182.
Patel 45, 80.
Patterson 184
Payr 79, 87, 89, 233.
Peckham 406.
Pélissier 352.
Peltesohn 76, 163, 205, 237, 403.
Penhallon 30.
Perrin 307, 425.
Petit de la Villéon 201, 278.
Petrivalsky 202.
Pflaumer 232.
Philbert 149, 255, 371.
Picqué 349.
Pieri 14, 124, 398.
Pigache 148, 256, 379.
Plate 85.
Pol 57.
Polák 178.
Port 4.
Potel 156, 245, 375.
Preiser 168, 327.
Pribram 253.
Proust 351
Pujol 141, 340.
Purckhauer 82.
Putti 104, 416, 418, 422.

Q.

Quénu 30.
de Quervain 246, 288, 292.

R.

Ranzi 253.
Rau 269.
Rauch 125.
Rauschenberger 142.
Razzaboni 427.
Redard 264, 269, 307, 321, 339, 372.
Regnard 350.
Rehn 67, 395.
Reichard 87.
Reichardt 158.
Reiche 98.
Renault 95.
Rendle 14.
Rendu 74, 222, 244, 268, 316, 387.
Retterer 81.
Reye 192.
Reynier 242.
Reynolds 19.
Rhodes 37.
Richard 291.
Ridlon 23.
Riedinger 241.
Riosalido 113.
Rischbieth 433.
Rispal 141, 340.
Ritschel 209.
Ritter 253
Rives 42.
Robin 242.
Robinson 314.
Rocher 36, 223.
Röder 270.
Rolleston 255.
Rollier 142, 289, 290, 343, 348.
Röpke 233, 292.
Rosenfeld 96, 99, 234, 359.
Rossi 115.
Bost 273, 427.
Roth 26, 46.
Rothmann 84.
Roton 246.
Routier 243.
Roux 28, 355.
Roux de Brignoles 354.
Rovsing 83.
Roziès 163, 391.
Rudow 1.
Ruggieri 102.
Ruhemann 186, 369.

S.

v. Saar 103, 230, 432.
Salaghi, 173, 299, 417, 419.
Salomoni 110.
Sander 156.
Sangiorgi 413.
Santy 256.
Sarge 372.
Sarragni 319.
Savariand 356.
Schaak 99.

Schall 174.
Schanz 80, 235, 258, 302.
Scharin 7.
Schede 240, 301, 347, 411.
Schemensky 184.
Schepelmann 381.
Scherb 349.
Schewandiu 15.
Schick 183.
Schippers 10.
Schlesies 263.
Schlesinger, H. 88.
Schmerz 138.
Schnaudigel 139.
Schoemaker 321.
Schöne 78.
Schönstein 203.
Schroth 165, 355.
Schuler 198.
Schulthess 82, 240, 349.
Schultz 83.
Schultze 236, 242, 324, 404.
Schumann 80.
Schütz 14.
Schwartz 35, 208.
Schwarz, E. 83, 140, 295, 309, 310, 312.
Seemann 114.
Seidel 81.
Selig 410.
Serafini 432.
Serra 106, 399, 415, 419, 420.
Sever 26.
Sheen 399.
Shoemaker 31.
Sibr 192.
Sicard 93, 94.
Siedamgrotzky 434.
Sievers 86, 118, 235.
Silberknopf 190.
Silver 47.
Simon 237.
Simpson 46.
Sinnhuber 11, 71.
Skillern 19, 149, 200, 370.
Smith, K. 155, 339.
Sommer 287.
Soubeyran 42.
Soutter 184, 409.
Spannaus 85.
Speck 251.
Sperling 357.
Spiegel 298.
Spitzy 16, 234, 238, 240, 287.
Sprengel 164, 230, 231.
Stabilini 124.
Stein, A. E. 112, 166, 176, 183, 295.
Stempel 381.
Stieda 232.
Stiles 90.
Stoecklin 304.
Stoffel 170, 199, 236, 239, 382, 395.
Straub 30, 138.
Strauss, F. 118.
Streissler 241.
Süssenguth 164, 325.
Syring 125.

T.

Taddei 399.
Tanton 157, 376.
Taylor 276.
Tedesco 92, 189.
Telford 190.
Ternier 350.
Thomas 96, 305, 350.
Thomschke 20.
Tiegel 250.
Tietze 233.
Tilanus 319.
Tillaye 425.
Tilman 232.
Timmer 323, 436 (P.)
Tixier 244.
Többen 277.
Töpfer 76.
Tridon 20, 279.
Troche 190.
van Trooyen 322.
Trumpp 10.
Tscherning 83.
Tschisch 406
Tubby 177, 195.
Turck 28.
Turnbull 405.
Turner 241

U.

Uffreduzzi 102.
Ulbrich 357.
Ulrich 83.

V.

Vacchelli 416.
Vaillant 279.
Valentin 101.
della Valle 15.
Vallois 81.
Vallot 242.
Valtanroli 427.
Vanghetti 11.
Veau 317.
Veaudeau 156, 375.
Vecchi 403.
dalla Vedova 422.
Vegas 115, 406.
Veit 254, 373.
Veith 298.
Verrier 268.
Viannay 45, 245.
Vignard 348, 353.
Vincent 243.
Vogel, K. 161, 379, 384.
Vulpius 7, 25, 32, 47, 107, 152, 154, 170, 192, 266, 292, 293, 357, 428, 429.

W.

Waas 49.
Wachenheim 261.
Wachsner 64.
Wachter 36.
Wadham 38.
Waegner 234, 275.
Wagner 166, 326.
Waibel 38.
Walbaum 435.
Waldenstrom 238.
Walzel 234.
Watkins 48.
Weber 254, 280.
Wegner 315.
Wehner 397.
Weichert 27.
Weiss 244.
Weisz 36.
Wendel 86.
Wendenburg 175.
Werndorff 21, 160, 386.
Wertheimber 203.
Wetterer 287, 338.
Wheeler 24.
White 126.
Whitman 27.
Wiemann 190.
Wilensky 277, 279.
Wilms 85, 150, 204, 241, 342.
Winiwater 166, 326.
Wirzejewski 238.
Wittek 37, 139, 238.
Wohlauer 77, 229.
Wolf, H. F., 111, 181.
Wolf, W. 45, 187.
Wolff, E. 92.
Wollenberg 112, 205, 234, 341.
Wrzesniowski 63.
Würtz 358.
Wydler 349.

Y.

Yonny 44.
Young 71.

Z.

Zamboni 122.
Zappert 68.
Zeltner 69.
Zuppinger 288.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07338 8129